CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

SIXIÈME SESSION

Tenue à Bordeaux du 1er au 7 Août 1895

VOLUME II

Publié par le Dr E. RÉGIS, *Secrétaire général.*

COMPTES RENDUS



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1896



PRÉLIMINAIRES

BUREAU DU CONGRÈS

Présidents d'honneur :

MM. Berniquet, Préfet de la Gironde.
Drouineau, Inspecteur général des Établissements de Bienfaisance.
Delcurrou, Premier Président de la Cour d'Appel de Bordeaux.
Pitres, Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Th. Roussel, Sénateur.
Professeur Roth (de Moscou).
Professeur Francotte (de Liège).

Président :

M. le Dr Joffroy, Professeur de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris.

Vice-Présidents :

MM. les Drs Ballet, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
P. Garnier, Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police de Paris.

Secrétaire général :

M. le Dr RÉGIS, Chargé du Cours des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Secrétaires des Séances :

MM. les Drs SABRAZÈS, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

ROUBINOVITCH, Chef de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris.

PH. TISSIÉ, Bibliothécaire de l'Université à Bordeaux.

LISTE DES ADHÉRENTS AU CONGRÈS

* **Adam** (Félix), Médecin en chef, Asile de Clermont (Oise).

André (Grégoire), Professeur à la Faculté de Médecine, 18, rue Lafayette, Toulouse.

Anglade (Dominique), Médecin adjoint, Asile de Braqueville, Toulouse.

* **Archambault** (Paul), Médecin en chef du quartier des aliénés, Tours.

* **Arnozan** (Xavier), Professeur à la Faculté de Médecine, 27bis, cours du Pavé-des-Chartrons, Bordeaux.

* **Babinski** (J.), Médecin des hôpitaux, 54, rue Bonaparte, Paris.

* **Ballet** (Gilbert), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 39, rue du Général-Foy, Paris.

* **Béca** [du Chili], 3, rue Casimir-Delavigne, Paris.

* **Belle** (Eugène), Médecin en chef Directeur, Asile de Saint-Lizier (Ariège).

* **Bérillon**, Inspecteur adjoint des Asiles d'aliénés, 14, rue Taitbout, Paris.

* **Bouchard** (Charles), Membre de l'Institut, 174, rue de Rivoli, Paris.

Bouchereau (Auguste), Médecin en chef, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.

* **Bourneville** (Magloire), Médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes, Paris.

* **Bourru**, Directeur de l'École de Santé navale, cours Saint-Jean, Bordeaux.

* **Bouyer** (André), Étudiant en médecine, 21, rue Saint-Laurent, Bordeaux.

* **Brandeis** (René), 10, rue Argenterie, Bayonne.

Briand (Marcel), Médecin en chef, Asile de Villejuif (Seine).

* **Brissaud**, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 9, quai Voltaire, Paris.

Brunet (Daniel), Médecin-Directeur, Asile d'Evreux (Eure).

(1) Les noms précédés d'un astérisque sont ceux des membres adhérents ayant assisté au Congrès.

Buttgenbach (Franz), Médecin-Directeur, Maison de Santé, Glain-lez-Liège (Belgique).

* **Caillau**, Médecin en chef, Asile de Cadillac (Gironde).

* **Calès**, Directeur de l'Asile d'aliénées de Château-Picon, Bordeaux.

Camuset (Louis), Médecin-Directeur, Asile de Bonneval (Eure-et-Loire).

Carrier (Albert), Médecin des hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon.

Chabbert, Médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre, 2, rue Saint-Antoine-du-T, Toulouse.

* **Challan de Belval**, Médecin en chef de l'Hôpital militaire, 124, rue Dubourdieu, Bordeaux.

Charcot (J.-B.), Chef de Clinique de la Faculté de Médecine, boulevard Saint-Germain, 217, Paris.

* **Charpentier** (Eugène), Médecin de Bicêtre, Paris.

Charon (René), Médecin adjoint, Asile de Bailleul (Nord).

Chaslin (Philippe), Médecin adjoint de Bicêtre, 64, rue de Rennes, Paris.

Chevalier-Lavaure, Médecin adjoint, Asile d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Christian (Jules), Médecin en chef, Maison nationale de Charenton (Seine).

Clermont, 17, rue Saint-Dominique-Saint-Germain, Paris.

* **Cruet** (Robert), Étudiant en médecine, 11, rue des Halles, Paris.

* **Cullerre** (Alexandre), Médecin-Directeur, Asile de La-Roche-sur-Yon (Vendée).

Dauby (Edouard), Médecin-Directeur, Asile d'Aix (Bouches-du-Rhône).

* **Delaye** (Edouard), ancien Interne des Asiles, Le Bouscat (Gironde).

* **Delcurrou** (Louis), Premier Président de la Cour d'appel, Bordeaux.

* **Delmas** (Paul), Directeur de l'Établissement hydrothérapique de Longchamps, Bordeaux.

* **Delmas** (Jules), Étudiant en médecine, 3 et 5, place Longchamps, Bordeaux.

* **Deny**, Médecin de Bicêtre, Paris.

* **Deschamps**, Conseiller général de la Seine, 21, rue Cujas, Paris.

Desmaisons-Dupallans, ancien Directeur de la Maison de Santé, Le Bouscat (Gironde).

* **Devay** (F.), Chef de Clinique de la Faculté de Médecine, 14, route de Vénissieux, Lyon.

Donadieu (Henri), Médecin consultant, à Lamalou-les-Bains (Hérault).

* **Doursout** (Paul), Médecin-Directeur, Asile de Naugeat, près Limoges.

* **Doutrebente** (Gabriel), Médecin-Directeur, Asile de Blois.

* **Dubois**, Directeur de l'Établissement hydrothérapique de Saujon (Charente-Inférieure).
* **Dubourdieu** (Léopold), Interne à l'Asile de Château-Picon, Bordeaux.
Dubourdieu (Victor), Médecin adjoint, Asile Saint-Luc, Pau.
* **Dubreuilh** (Amédée), 49, rue Croix-de-Seguey, Bordeaux.
* **Dubuisson** (Maxime), Médecin-Directeur, Asile de Braqueville, Toulouse.
* **Dupain**, Médecin adjoint, Asile d'Alençon (Orne).
* **Durante**, 68, rue Gay-Lussac, Paris.
* **Enriquez**, 8, Avenue de l'Alma, Paris.
Falret (Jules), Médecin de la Salpêtrière, Maison de Santé de Vanves (Seine).
Ferré (Albert), Saint-Macaire (Gironde).
* **Fleury** (Maurice de), 34, rue de Turin, Paris.
* **Foveau de Courmelles** (Victor), 26, rue Le-Peletier, Paris.
* **Francotte** (Xavier), Professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège.
Gallard (Frank), Médecin consultant à Biarritz.
Gallopain, Médecin-Directeur, Asile de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse).
* **Garnier** (Paul), Médecin en chef de l'Infirmerie du Dépot, 16, boulevard Montmartre, Paris.
Garnier (Samuel), Médecin-Directeur, Asile de Dôle (Jura).
Gilles de la Tourette, Médecin des hôpitaux, 39, rue de l'Université, Paris.
* **Giraud**, Médecin-Directeur, Asile de Saint-Yon, près Rouen.
* **Giraud** (Mme).
* **Giret**, Médecin adjoint, Asile de Limoux (Aude).
Girma (Joseph), Médecin-Directeur, Asile Saint-Luc, Pau.
* **Gley** (Eugène), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 14, rue Monsieur-le-Prince, Paris.
Goujon (Étienne), Sénateur, 15, place Daumesnil, Paris.
Grasset, Professeur à la Faculté de Médecine, Montpellier.
Guinon (Georges), 35, rue de l'Université, Paris.
* **Hamel** (Maurice), Médecin adjoint, Asile Saint-Ylie, près Dôle (Jura).
Hospital, Médecin-Directeur, Asile de Clermont-Ferrand.
Huet, 21, rue Jacob, Paris.
Janet (Pierre), 22, rue de Bellechasse, Paris.
* **Joffroy** (Alix), Professeur à la Faculté de Médecine, 186, rue de Rivoli, Paris.
Keller, Directeur de l'Établissement hydrothérapique, 127, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris.

★ **Klippel** (Maurice), 20, rue de Grenelle, Paris.

Korsakoff (Serge), Professeur à l'Université, Clinique psychiatrique, Moscou.

Ladame (Paul), Professeur à l'Université, 24, rue de la Corraterie, Genève.

★ **Lagrange** (Eugène), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, 6, rue de la Traverse, Poitiers.

★ **Lalanne** (Gaston), Directeur de la Maison de Santé, Le Bouscat (Gironde).

★ **Lande** (Louis), Adjoint au Maire de Bordeaux, Médecin légiste, 34, place Gambetta, Bordeaux.

★ **Lannois** (Maurice), Médecin des hôpitaux, 14, rue Saint-Dominique, Lyon.

★ **Larroussinie** (Paul), Médecin de la Maison de Santé, Le Bouscat (Gironde).

★ **Létienne**, 50, rue de Châteaudun, Paris.

Levillain, Établissement hydrothérapique, Villa Verdier, Nice.

★ **L'Hoest** (Léon), Médecin des hôpitaux, 7, place du Parc, Liège (Belgique).

★ **Mabille**, Médecin-Directeur, Asile de Lafond, La Rochelle.

Magnan, Médecin de l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.

★ **Mahon** (André), Interne à l'Asile des aliénées de Château-Picon, Bordeaux.

★ **Mairet**, Doyen de la Faculté de Médecine, Montpellier.

★ **Marie** (Armand), Médecin-Directeur de la Colonie familiale, Dun-sur-Auron (Cher).

Marie (Pierre), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 3, rue Cambacérès, Paris.

★ **Marinesco** (Georges), 4, boulevard Saint-Marcel, Paris.

Martigny, Médecin adjoint, Établissement hydrothérapique, 127, rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris.

★ **Matton** (René), Médecin consultant, Salies-de-Béarn et Dax.

★ **Maupaté**, Médecin adjoint, Asile d'Armentières (Nord).

Meige (Henri), 2, rue de l'Université, Paris.

★ **Meilhon** (Abel), Médecin en chef, Asile de Montauban.

★ **Mendelssohn**, Agrégé de l'Université, quai de la Moïka, 81, Saint-Pétersbourg.

★ **Mellier** (Alfred), Villefranche-de-Lauragais (Haute-Garonne).

★ **Mesnard** (Louis), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 1, place de la Concorde, Bordeaux.

Meuriot (André), Directeur, Maison de Santé, 17, rue Berton, Paris.

Moreau (Paul), Directeur. Maison de Santé d'Ivry-sur-Seine (Seine).

Motet (Auguste), Directeur de la Maison de Santé, 161, rue de Charonne, Paris.

* **Nabias (de)**, Professeur à la Faculté de Médecine, 17 *bis*, cours d'Aquitaine, Bordeaux.

* **Noguès** (Émile), Directeur de l'Établissement hydrothérapique, quai de Tounis, Toulouse.

Nolé, Médecin-Directeur, Asile d'Yseure, près Moulins (Allier).

* **Pailhas**, Médecin légiste, Médecin adjoint, Asile du Bon-Sauveur, Albi.

* **Parant**, Directeur, Maison de Santé, 17, allée de Garonne, Toulouse.

Paris, Médecin en chef, Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Péon, Médecin-Directeur, Asile de Breuty-la-Couronne (Charente).

* **Perry** (Laurent **de**) Étudiant en Médecine, 24, rue Vital-Carles, Bordeaux.

Petrucci, Médecin-Directeur, Asile Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire).

Pichenot, Médecin en chef, Asile de Montdevergues, près d'Avignon (Vaucluse).

* **Picot** (A.), Professeur à la Faculté de Médecine, 25, rue Ferrère, Bordeaux.

* **Piéchaud**, Professeur à la Faculté de Médecine, 18, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux.

Pierret, Professeur à la Faculté, Médecin en chef, Asile de Bron, Lyon.

Pilleyre, Médecin en chef, Asile de Prémontré (Aisne).

* **Pitres** (Albert), Doyen de la Faculté de Médecine, 119, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux.

* **Pons** (Joseph), Médecin en chef, Asile d'aliénées de Château-Picon, Bordeaux.

* **Rauzier** (Georges), Professeur agrégé à la Faculté, 22, boulevard du Jeu-de-Paume, Montpellier.

* **Raymond** (E.), Professeur à la Faculté, 156, boulevard Haussmann, Paris.

* **Rayneau** (Alfred), Médecin-Directeur, Asile d'Orléans, 1, rue Porte-Madeleine.

* **Regaud** (Claude), Chef des travaux d'histologie, 49, rue de la République, Lyon.

* **Régnier** (L.-R.), 196, rue de Rivoli, Paris.

* **Régis** (Emmanuel), Chargé du cours des maladies mentales à la Faculté, 54, rue Huguerie, Bordeaux.

Rémond (Antoine), Chargé du cours des maladies mentales à la Faculté, 45, rue des Tourneurs, Toulouse.

★ **Renaut** (J.-Louis), Professeur à la Faculté, 6, rue de l'Hôpital, Lyon.

Rey (Philippe), Médecin en chef, Asile Saint-Pierre, Marseille.

★ **Ritti** (Ant.), Médecin en chef, Maison nationale de Charenton (Seine).

★ **Roubinovitch**, Chef de Clinique à Sainte-Anne, 113, rue du Faubourg-Poissonnière, Paris.

Rouby, Directeur, Maison de Santé des Capucins, Dôle (Jura).

★ **Roth** (Waldimir), Professeur à l'Université de Moscou, 130, rue d'Assas, Paris.

★ **Roussel** (Théophile), Sénateur, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, 71, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris.

★ **Rousset** (Auguste), Médecin adjoint, Asile de Bron, Lyon.

★ **Roux**, Médecin en chef, Asile d'aliénés, Agen.

★ **Sabrazès**, Professeur agrégé à la Faculté, 134, cours Victor-Hugo, Bordeaux.

Sano (Fritz), 72, chaussée de Turnhout, Anvers (Belgique).

Séglas, Médecin adjoint de la Salpêtrière, 96, rue de Rennes, Paris.

Sémelaigne, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine).

Sérieux, Médecin adjoint, Asile de Villejuif (Seine).

★ **Serveaux**, Chef de Laboratoire à l'Asile Sainte-Anne, Paris.

★ **Sollier** (Paul), 130, rue de la Glacière, Paris.

★ **Soulé** (Édouard), Étudiant en médecine, 2, rue de la Vieille-Tour, Bordeaux.

★ **Taty**, Chef de Clinique des maladies mentales à la Faculté, Lyon.

★ **Teulières**, Ancien interne des Asiles, 2, rue de Caudéran, Bordeaux.

★ **Tissié** (Ph.), Bibliothécaire de l'Université, 95, rue Fondaudège, Bordeaux.

Toulouse (Ed.), Médecin adjoint, Asile Sainte-Anne, 112, boulevard Arago, Paris.

★ **Toy** (J.), Médecin adjoint, Asile de Bron, près de Lyon.

★ **Trénel** (Marc), Médecin adjoint, Asile de Villejuif (Seine).

★ **Vallon** (Charles), Médecin en chef, Asile de Villejuif (Seine).

★ **Vergely** (Paul), Professeur à la Faculté de Médecine, 3, rue Guérin, Bordeaux.

Vernet, Médecin en chef, Asile de Maréville, près Nancy.

★ **Verrier** (Eugène), Directeur de l'Institut hydrothérapique, 8, rue Delaroche, Paris-Passy.

★ **Vigouroux** (Auguste), Médecin adjoint, Asile d'Evreux (Eure).

Voisin (Auguste), Médecin de la Salpêtrière, 16, rue Séguier, Paris.

★ **Voisin** (Jules), Médecin de la Salpêtrière, 58, rue du Faubourg-Poissonnière, Paris.

★ **Voisin** (Roger), Étudiant en médecine, 58, rue du Faubourg-Poissonnière, Paris.

RÈGLEMENT

ARTICLE 1er. — Un Congrès de médecins aliénistes se réunit chaque année dans une des villes de France.

Peuvent y adhérer, non seulement les médecins français, mais aussi les médecins des pays de langue française.

La durée du Congrès sera de six jours.

ART. 2. — Deux séances auront lieu chaque jour : une le matin et une autre le soir.

ART. 3. — La première séance sera ouverte par le Président du Bureau du Congrès de l'année précédente, Bureau qui a été constitué en Comité d'organisation de la nouvelle session.

Immédiatement après l'ouverture de la séance, on procédera à la nomination d'un nouveau Président, de Vice-Présidents en nombre indéterminé, d'un Secrétaire général et de Secrétaires des séances.

On nommera également des Présidents d'honneur.

ART. 4. — Le Bureau nommé a la direction du Congrès et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances.

ART. 5. — Les membres adhérents français ou étrangers ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions.

Les délégués des Administrations publiques françaises jouiront des avantages réservés aux membres du Congrès.

ART. 6. — Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne pourront occuper la tribune pendant plus de vingt minutes.

ART. 7. — Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au Secrétaire, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications pour la rédaction des procès-verbaux. Dans le cas où ce résumé

n'aurait pas été remis, le texte rédigé par le Secrétaire en tiendra lieu.

Art. 8. — Les procès-verbaux seront imprimés et distribués aux membres du Congrès le plus tôt possible après la session.

Art. 9. — Un compte rendu détaillé des travaux du Congrès sera publié par les soins du Bureau. Celui-ci se réserve de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrés à l'impression.

Tout mémoire qui n'aura pas été remis au Secrétaire général le 15 novembre ne sera pas imprimé.

Art. 10. — Le Bureau du Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement.

Il constitue le Comité d'organisation du Congrès de l'année suivante, en s'adjoignant les médecins aliénistes de la ville où il doit se réunir.

Compte rendu financier du Congrès de Clermont-Ferrand (1894).

Compte adressé par M. le Dr Hospital, Secrétaire général du Congrès.

RECETTES

Août 1894....	Cotisations de 89 Congressistes à 20 francs l'une..........................Fr.	1,780 »
	Allocation du Conseil général du Puy-de-Dôme..............................	600 »
	TOTAL....Fr.	2,380 »

DÉPENSES

9 août 1894...	Excursion au Puy-de-Dôme : frais de voitures, de rafraîchissements et divers au Col de Ceyssat....................Fr.	323 45
11 août.......	Excursion à l'Asile de la Cellette : frais de voyage du Sous-Secrétaire.............	12 55
15 août.......	Banquet du Congrès à l'hôtel Mulet, de Clermont-Ferrand ....Fr. 679 20 de laquelle somme il convient de déduire pour 46 cotisations reçues, à 12 francs l'une......... 552 » Reste en dépense et payé à ce jour à M. Mulet..........	127 20
	Local des séances du Congrès : frais d'aménagement de la salle des fêtes à l'Hôtel de Ville pour la réception des Congressistes, fournitures de Bureau, gratification au concierge.........................	46 80
	Facture Mont-Louis : frais d'impression de lettres-circulaires-annonces et des rapports sur les questions à l'ordre du jour du Congrès.........................	941 »
	Gratification aux ouvriers typographes.....	5 »
Du 4 décembre 1893 au 7 septembre 1894	Secrétariat du Congrès : gratifications au Sous-Secrétaire....................	40 »
	Frais de Bureau, envois de lettres-circulaires, correspondance, avis divers aux Congressistes, fourniture de timbres-poste, etc.........................	124 30
	Solde revenant au Congrès............. .	759 70
	TOTAL ÉGAL....Fr.	2,380 »

Compte adressé par M. le Dr Devay, Secrétaire des séances.

RECETTES

Reliquat du compte de M. Hospital....................Fr.	759 70
Vente des volumes du Congrès de la Rochelle (M. Masson)..	144 »
TOTAL....Fr.	903 70

DÉPENSES

Impression du volume du Congrès de Clermont-Ferrand, facture de l'imprimerie Legendre et Cie (de Lyon).....Fr.	1.943 05

RÉCAPITULATION

Recettes ....Fr.	903 70
Dépenses...	1,943 05
DÉFICIT....Fr.	1,039 35

Vœu proposé par M. le D[r] Giraud et adopté par le Congrès.

Le Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, réuni à Bordeaux en 1895, émet le vœu que, par suite d'une entente entre le Ministre de l'Intérieur et le Ministre de la Justice, les aliénés subissant une condamnation et transférés de prison dans un Asile soient mis sous la protection des Procureurs généraux, qui peuvent, pendant deux mois, déférer les jugements des Tribunaux correctionnels à la Cour d'appel.

Le Congrès émet le vœu que la flétrissure imméritée subie par les aliénés dont l'état mental a été méconnu au moment de la condamnation, soit effacée par l'appel, ce qui paraît possible dans la majorité des cas.

Choix du siège du Congrès pour 1896 et pour 1897.

Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes, sur la proposition de divers de ses membres et d'accord avec MM. les professeurs Bernheim et Spillmann, présents à Bordeaux, décide que sa prochaine session aura lieu, en 1896, à Nancy, à la date habituelle.

Il décide, en outre, sur la demande de M. le D[r] Parant et de ses collègues, MM. les D[rs] Maxime Dubuisson et E. Noguès, que sa session de 1897 aura lieu à Toulouse.

Élection du Président du Congrès de 1896.

M. le D[r] A. Pitres, Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, est élu Président du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Nancy, en 1896.

Nomination du Secrétaire général du Congrès de 1896.

M. le Dr Lallemant, Médecin en Chef de l'Asile de Maréville, près Nancy, est nommé Secrétaire général (1).

Choix des questions et des Rapporteurs pour le Congrès de 1896.

PSYCHIATRIE : *Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe.*

Rapporteur : M. le Dr Séglas.

NEUROLOGIE : *De la séméiologie du tremblement.*

Rapporteur : M. le Dr Souques.

LÉGISLATION : *De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. — Thérapeutique et législation.*

Rapporteur : M. le Dr Paul Garnier.

(1) Par suite de la nomination ultérieure de M. le Dr Lallemant aux fonctions de Médecin-Directeur de l'Asile de Dijon, son successeur, en qualité de Médecin en Chef à l'Asile de Maréville, M. le Dr Vernet, a été désigné, en son lieu et place, comme Secrétaire général du Congrès.

COMPTES RENDUS

DES SÉANCES

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

(BORDEAUX — 1895)

SÉANCE D'OUVERTURE

(1er AOUT — MATIN)

Le Congrès s'est ouvert le jeudi 1er août, à neuf heures du matin, à la salle du Dôme de l'Exposition, gracieusement prêtée et ornée par le Comité de la Société Philomathique. M. Hausser, Président, et M. Avril, Secrétaire général de ce Comité, reçoivent les membres du Congrès aux portes de l'Exposition et leur souhaitent la bienvenue.

M. Berniquet, Préfet de la Gironde, préside la séance, ayant à ses côtés sur l'estrade: MM. le Dr Drouineau, Inspecteur général des Établissements de bienfaisance, délégué de M. le Ministre de l'Intérieur; Daney, Maire de Bordeaux; Delcurrou, Premier Président de la Cour d'appel; Calmon, Président du Tribunal civil; Dr Pitres, Doyen de la Faculté de Médecine; Dr Challan de Belval, médecin en chef de l'Hôpital militaire; Dr Joffroy, Président du Congrès; Dr Régis, Secrétaire général. M. Couat, Recteur de l'Académie, empêché, et plusieurs autres notabilités se sont fait excuser.

Dans la vaste salle sont réunis en grand nombre les membres du Congrès, des médecins de Bordeaux, appartenant pour la plupart à la Faculté, aux Hôpitaux, aux diverses Sociétés savantes, et aussi quelques dames en fraîche toilette.

M. le Préfet de la Gironde ouvre la séance en prononçant le discours suivant :

MESSIEURS,

Après Rouen, Lyon, Blois, La Rochelle et Clermont-Ferrand, la ville de Bordeaux a la bonne fortune, grâce sans doute aux attraits de son Exposition, d'avoir été choisie en 1895 comme siège du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française qui, depuis le grand Congrès international de Médecine mentale de Paris, en 1889, se tient chaque année et dont les travaux considérables ont justement attiré l'attention des pouvoirs publics comme celle du monde savant.

Aussi, aux souhaits de bienvenue que je vous adresse cordialement au nom du Département de la Gironde, permettez-moi d'ajouter bien vite l'expression de sa gratitude pour l'honneur que vous lui faites et de vous donner l'assurance que vous retrouverez sur son territoire les sympathies qui vous ont partout fait cortège.

Vous allez aujourd'hui même, avant d'inaugurer vos séances, visiter l'Exposition, œuvre déjà mémorable de la Société Philomathique. Vous y trouverez (et par ce côté elle intéresse directement vos travaux) la démonstration la plus éclatante de la saine et robuste vitalité de notre population girondine.

Vous y verrez aussi, réunis sous leurs manifestations les plus diverses, les produits d'un pays dont vous pourrez admirer la beauté pittoresque dans ce charmant voyage à Royan par la voie fluviale, que les organisateurs du Congrès ont eu l'heureuse idée de faire coïncider avec la clôture de vos travaux.

En visitant nos deux Asiles de Bordeaux et de Cadillac, vous constaterez que vos travaux précédents ne sont pas restés dépourvus de sanction. L'étude de vos délibérations, l'examen attentif de vos vœux s'imposaient à l'Administration comme un devoir d'autant plus agréable à remplir, qu'indépendamment de l'intérêt de premier ordre des questions mises en discussion, vos comptes rendus constataient la large part prise à vos travaux par les médecins girondins. A La Rochelle, vous étiez, sur l'initiative d'un des fonctionnaires de nos Asiles, appelés à examiner la question du patronage des aliénés et je n'aurais garde d'oublier les communications si intéressantes que vous a faites l'an dernier à Clermont-Ferrand, sur « les rapports de l'hystérie et de la folie » et « sur les névrites périphériques », un des maîtres de notre Faculté, haut placé non seulement dans la confiance déférente de ses collègues bordelais, mais encore dans l'estime du monde médical à l'Étranger comme en France.

Nous avons, dans la Gironde, essayé de réaliser certains de vos desiderata. L'hospitalisation des idiots et des épileptiques, recommandée dans vos Congrès, notamment dans celui de Rouen, a donné lieu à d'intéressants débats dans un Conseil général connu pour sa générosité démocratique et républicaine en matière d'assistance. La création à

l'Asile de Bordeaux d'un quartier d'instruction pour les enfants idiotes ou arriérées est décidée et vous pourrez, dans votre visite, examiner sur place les conditions de l'installation matérielle de cet important service. L'hospitalisation des épileptiques simples et des idiots adultes a été aussi mise à l'étude et a motivé la présentation de projets importants, déjà adoptés en principe par l'Assemblée départementale et, par suite, d'une exécution prochaine.

Placés l'un et l'autre au milieu de domaines agricoles importants et réalisant sur ce point un des vœux exprimés dans vos précédents Congrès, les deux Asiles girondins sont, vous le constaterez, administrés avec un égal souci d'assurer aux malades, en même temps que les bienfaits de la science, trop souvent encore impuissante à les guérir, le bien-être matériel que l'humanité commande de leur donner.

Peut-être cependant, au cours de vos visites, trouverez-vous dans votre connaissance de la science aliéniste et des besoins des Asiles des critiques à formuler? N'hésitez pas à les produire. L'Administration cherchera à profiter de votre expérience et ne manquera pas de s'en inspirer dans l'élaboration de ses projets d'amélioration future.

Le champ d'études que vous offriront nos Asiles est vaste, trop vaste, hélas! Vous constaterez dans le nombre des aliénés la progression constante accusée de toutes parts; mais si, comme partout, l'alcoolisme dont les dangers ont, dans une discussion récente, été exposés avec tant d'éloquente autorité à la tribune du Parlement par un des maîtres de la science française, a marqué ici sa trace néfaste, vous pourrez remarquer que les ravages de ce redoutable fléau sont moins grands que dans d'autres régions. Ce résultat, je le répète après des voix compétentes, parait dû surtout à l'abondance et à l'excellence d'une production vinicole qui, dans une certaine mesure, met la population girondine à l'abri de l'influence nocive des alcools industriels sous leurs formes diverses.

Une thèse brillante, que ne désavouerait ou ne combattrait certainement pas celui d'entre vous dont l'activité s'est particulièrement affirmée dans l'organisation de ce Congrès, après s'être déjà signalée dans les précédents, a récemment établi sur ce point une démonstration des plus curieuses.

Elle prouve, en effet, l'absence complète de l'intoxication alcoolique chez les personnes qui, dans notre région, exercent d'une façon presque héréditaire la profession de dégustateurs de vins.

Mais quoique notre pays soit un producteur d'alcool naturel, nous n'applaudirons pas moins à vos efforts pour combattre l'alcoolisme. Vous avez dans tous vos Congrès, et notamment dans celui de Clermont-Ferrand, envisagé le problème sous ses aspects multiples. Ne vous découragez pas dans cette recherche d'un remède à l'un des maux les plus terribles que l'humanité subisse, puisqu'il frappe l'individu non seulement dans sa personne, mais encore dans sa descendance, presque toujours condamnée à une déchéance fatale, et soyez certains que le Président que vous avez choisi ne rencontrera dans la Gironde qu'adhésion et sympathie, s'il continue au cours de ce Congrès la campagne

que, du haut de sa chaire de Sainte-Anne, il a si vigoureusement et si éloquemment commencée.

M. le Dr Joffroy, Président du Congrès, prononce ensuite le discours suivant :

MESSIEURS, MES CHERS COLLÈGUES,

Je suis certain de traduire fidèlement les sentiments de tout le Congrès en adressant, dès l'abord, ses remerciements à M. le Préfet de la Gironde, et pour la manière courtoise et flatteuse dont il nous accueille, et pour les termes élevés dans lesquels il parle d'une science que nous aimons passionnément. Et comme M. le Préfet parle au nom de l'Administration, au nom des représentants de la Ville de Bordeaux et au nom de la Ville elle-même, nous le prions de reporter l'expression de notre gratitude à cette Administration qui se montre soucieuse de marcher dans la voie du progrès, à ces représentants de la Ville qui ont déjà opéré tant de réformes utiles, et enfin à cette grande cité bordelaise qui, fidèle à une ancienne tradition, se montre jalouse de conserver aujourd'hui, comme au temps de Montesquieu, sa double réputation d'activité scientifique et d'activité commerciale, réunissant en un seul faisceau sa richesse matérielle et sa grandeur intellectuelle.

Je suis certain aussi d'être l'interprète de tous, en remerciant la Société Philomatique de Bordeaux de l'aimable accueil qu'elle nous fait dans cette magnifique Exposition, si admirablement organisée par ses soins.

Puis, à mon tour, mes chers Collègues, je vous souhaite la bienvenue à tous, Français et Étrangers :

A vous, Français, dont l'affluence montre bien que vous avez conscience qu'il vous faut défendre et agrandir notre patrimoine scientifique;

A vous, Étrangers, qui, avec l'éclat de votre nom et le concours de votre travail, nous apportez le témoignage précieux et apprécié de vos sympathies. Soyez les bienvenus au milieu de nous.

Maintenant, il me reste un devoir bien doux à remplir. En m'appelant à présider le Congrès des Aliénistes et Neurologistes, après d'éminents prédécesseurs, vous m'avez fait un grand honneur dont je sens tout le prix et dont je ne saurais trop vous remercier.

Je n'ai garde de penser que c'est le plus digne que vous avez élevé à ce poste d'honneur, mais vous ne pouviez nommer personne ayant plus à cœur d'affermir le renom et le prestige de la science française, tels que les ont établis Pinel et Esquirol, ces rénovateurs de l'aliénation mentale et, plus récemment, Duchenne (de Boulogne) et mon maître Charcot, ces deux génies créateurs de la neuropathologie moderne.

Mais il faut bien dire que maintenir à cette hauteur le prestige de la science française n'est pas une tâche sans difficultés, car les notions enseignées par ces maîtres se sont rapidement vulgarisées et ont suscité dans tous les pays une émulation et une activité qui sont tout à la fois pour nous une gloire et un danger.

Oui, c'est une gloire pour nous d'avoir vu autrefois les aliénistes, et de voir aujourd'hui les neuropathologistes de tous les pays travailler dans le même sillon tracé par nos illustres compatriotes et je n'ai pas à justifier plus longuement cette proposition, car j'ai senti vos cœurs battre à l'unisson du mien quand je citais les noms des grands médecins français qui ont illustré ce siècle et qui sont l'orgueil de notre corporation.

Mais il ne faut pas s'arrêter, éblouis par le succès, car, comme le dit Graves, « si l'individu peut se reposer, l'intelligence collective de l'espèce ne s'endort jamais », et, dans les sciences évolutives, la gloire est d'un éclat bien temporaire si l'on ne travaille constamment à la renouveler. Or, pour cela faire, l'ardeur et les bonnes volontés isolées ne peuvent suffire, il faut encore et par-dessus tout une direction réfléchie, une convergence des efforts de chacun vers un but commun, une organisation appropriée, que nous voyons peu à peu apparaître dans d'autres pays, alors que chez nous les réformes et les perfectionnements ne répondent pas toujours aux exigences de la science ou aux impatiences de nos désirs patriotiques.

Sans doute, la volonté puissante et la sage prévoyance de Charcot, en accumulant à la Salpêtrière tous les matériaux de recherches et d'enseignement, en intéressant à son œuvre les pouvoirs publics, en groupant autour de lui toute une phalange de jeunes travailleurs, qu'il savait animer de l'amour de la science et du progrès, en fondant en un mot l'École de la Salpêtrière, a assuré pour de longues années une situation enviable à la neuropathologie en notre pays. La voie est déjà battue, la direction a été nettement indiquée par le maître, il n'y a qu'à continuer à aller de l'avant et nous pouvons compter pour cela sur l'activité de son successeur.

Aujourd'hui donc, et ce résultat nous le devons à Charcot, la neuropathologie est brillamment enseignée, soit dans les services généraux, soit dans des services spéciaux, et, en arrivant au terme de ses études, le médecin a pu acquérir dans cette partie des sciences médicales les mêmes connaissances que dans les autres branches de la médecine. Sans doute, il y a encore bien des desiderata, mais si les Facultés de province n'ont pas encore, comme celle de Paris, une Clinique spécialement consacrée à l'étude des maladies nerveuses, elles comptent du moins dans leur corps enseignant le nom de maîtres indiscutés en neuropathologie : à Bordeaux, c'est Pitres; à Lyon, c'est Pierret; à Montpellier, c'est Grasset; pour ne parler que des membres de ce Congrès.

Malheureusement, en même temps que nous constatons la situation satisfaisante de la neuropathologie, il nous faut constater qu'en aliénation mentale l'organisation n'existe qu'à l'état d'ébauche.

Ce n'est pas un réquisitoire que je veux faire, mais je veux joindre mes efforts aux efforts de ceux qui cherchent à remédier à une situation périlleuse; je veux profiter de ce que vous m'avez aujourd'hui placé plus haut pour me faire entendre de plus loin; je veux profiter de la

présence d'un représentant de l'Administration, dévoué aux intérêts de la science et à la grandeur du pays, pour que nos vœux soient recueillis plus sûrement; je veux profiter de la présence des membres de la Municipalité pour leur dire que si la riche cité bordelaise a déjà beaucoup fait pour la Faculté de Médecine, il lui reste encore à faire: je veux profiter de la présence du jeune et distingué doyen, le professeur Pitres, qui a su en quelques années donner à la Faculté naissante le lustre des vieilles Écoles, pour lui dire que sa tâche n'est pas terminée puisqu'il y a encore une lacune à combler.

Permettez-moi, Messieurs, de vous exposer brièvement la question.

L'aliénation mentale n'est qu'une partie de la pathologie cérébrale, et la psychologie n'est qu'une partie de la physiologie du cerveau, comme l'admettent aujourd'hui les maîtres les plus éminents et en particulier l'École de Ribot, l'École psychologique anglaise, et comme le répétait volontiers Charcot. C'est pour avoir un moment méconnu cette vérité fondamentale que l'aliénation mentale a été en quelque sorte distraite de la médecine, si bien que les médecins ont délaissé la médecine mentale comme chose étrangère à leur art, et que, d'autre part, les aliénistes, loin de récriminer, se sont complu dans cette sorte de séparation et d'isolement. Aussi, à une époque qui n'est pas bien éloignée, on aurait volontiers regardé la médecine générale comme s'adressant à la matière, pendant que l'aliénation mentale était afférente à un principe immatériel, suivant les idées théoriques d'Heinroth.

Ces idées surannées, ces fictions ont vécu, mais la scission qu'elles avaient faite, entre la médecine et l'aliénation mentale, n'a pas encore disparu. Et, cependant, il suffit de réfléchir un instant pour comprendre combien il est illogique de ne pas incorporer complètement l'aliénation à la médecine. C'est ce que réclame le simple bon sens. Qu'est-ce, en effet, que le cerveau? C'est le centre des mouvements, des sensations et des opérations intellectuelles. Comment se traduisent les maladies, les lésions du cerveau? Elles se traduisent par des troubles du mouvement, des troubles de la sensibilité et des troubles de l'intelligence, confondant souvent en un même bloc la neuropathologie et l'aliénation mentale. Or, ne vous semble-t-il pas évident que tout médecin doit connaître les symptômes des maladies du cerveau, y compris les modifications de l'intelligence, à l'égal des symptômes des maladies des autres organes, cœur, reins, poumons ou tube digestif. Évidemment cela ne peut être contesté et cependant il n'est pas rare de rencontrer des médecins complètement étrangers à l'aliénation mentale et à la psychologie, c'est à dire à la partie essentielle de la pathologie et de la physiologie cérébrales.

Ce résultat, Messieurs, est dû à une éducation médicale imparfaite, incomplète; cela tient à ce que pendant trop longtemps l'aliénation mentale n'a pas été enseignée officiellement, à ce que l'Asile d'aliénés était presque aussi fermé à l'étudiant qu'au profane, et à ce que pendant longtemps, comme aujourd'hui encore, les connaissances en aliénation mentale furent regardées comme une instruction de luxe.

On n'exige, en effet, de l'étudiant aucun stage dans un Asile, il n'a à subir aucun examen spécial, et, le plus souvent, il recevra un diplôme de docteur sans avoir assisté à une seule leçon d'aliénation mentale, sans avoir examiné un seul aliéné. Et cependant, ce médecin sera appelé à voir des aliénés; du jour où il a été reçu docteur, il peut être appelé à décider de l'internement des malades et à délivrer des certificats qui ont force de loi; il peut être appelé devant les tribunaux et avoir à se prononcer sur la responsabilité des accusés, disposant ainsi plus que de la vie des malades, de l'honneur des familles.

Il y a trois ans, un des membres les plus estimés de ce Congrès, le Dr Paul Garnier, et l'an dernier au Congrès de Clermont-Ferrand M. Henry Monod, montraient qu'il n'est pas extrêmement rare de voir un tribunal condamner un aliéné, joignant ainsi au malheur qui frappe une famille la flétrissure d'une condamnation judiciaire. M. Garnier, pour une seule année, a recueilli lui-même une cinquantaine de ces cas; M. Monod a pu en réunir 271 et naturellement il est amené à rechercher le remède à un tel état de choses.

Pour ma part, je n'hésite pas à dire que c'est une utopie de croire qu'on peut arriver à éviter complètement les erreurs de ce genre et que, quand bien même on pourrait remplacer chaque juge par un aliéniste consommé, on n'arriverait qu'à diminuer, mais non à écarter entièrement les causes d'erreur. La question est des plus difficiles et des plus délicates, et c'est pourquoi aux moyens indiqués par M. Monod je demanderai la permission d'en ajouter encore un.

Je suis, en effet, convaincu que si, comme je le réclame, chaque médecin recevait en aliénation mentale la même instruction que dans les autres branches de la médecine et étudiait la médecine mentale, non pas de façon à être un aliéniste rompu à toutes les difficultés de cette spécialité, mais seulement de manière à soupçonner la folie naissante, le nombre des erreurs judiciaires diminuerait, parce que souvent le médecin de la famille aurait observé les premiers symptômes du mal et qu'il s'empresserait d'apporter aux magistrats le témoignage de son observation et deviendrait ainsi un auxiliaire précieux de la justice.

L'enseignement de l'aliénation s'impose donc avec les mêmes garanties que l'enseignement des autres branches de la médecine, avec stage dans les Asiles, avec examen spécial devant un jury compétent. C'est là ce qu'exige le bon sens, c'est ce que réclament les circonstances, c'est ce qui se fait dans d'autres pays, en Suisse, en Russie, etc., c'est ce qui doit exister demain en France.

Je ne suis pas, du reste, le premier à élever la voix pour signaler l'insuffisance de l'enseignement de l'aliénation mentale. Qu'il me suffise de rappeler que le regretté professeur Ball l'a fait avant moi en termes éloquents.

Je ne suis pas non plus seul à attacher à ce desideratum des études médicales la plus grande importance et je crois pouvoir dire que l'Administration de l'Instruction publique se préoccupe vivement de cette lacune et qu'elle sera heureuse le jour où les moyens de la combler lui

seront fournis. Et je ne doute pas que, quand ce jour sera venu, l'éminent Directeur de l'Enseignement supérieur, ajoutant un nouveau titre à ceux qu'il a déjà à la reconnaissance du monde savant, ne s'empresse d'accomplir cette nouvelle réforme, rendant ainsi du même coup le plus utile des services aux sciences médicales, aux sciences psychologiques, concourant ainsi à l'élévation de l'esprit humain.

Si je ne doute pas de la bonne volonté de l'Administration et de l'État, je ne doute pas davantage de la bonne volonté des Pouvoirs locaux, gardiens vigilants de la réputation des cités. Car, si la gloire d'une nation ne réside pas seulement dans sa force matérielle, mais aussi dans sa grandeur morale et intellectuelle, l'éclat et la splendeur d'une ville tiennent non seulement à son étendue et à sa richesse, à son mouvement commercial et à son développement industriel, mais encore à son activité et à sa valeur scientifiques.

Mettons-nous donc tous à l'œuvre et, suivant la devise de la Faculté de Médecine de Bordeaux : *Pro scientia, urbe et patria,* travaillons, avec une inlassable ténacité, chacun dans notre sphère, chacun dans la mesure de nos moyens, à l'accomplissement des réformes et des progrès réalisables, faisons en particulier tout ce que nous pouvons pour répandre plus largement l'instruction et surtout l'instruction supérieure parmi la jeunesse studieuse, sachant bien que ce que nous semons en peines et en sacrifices viendra, au jour de la moisson, accroître notre patrimoine de gloire nationale.

M. le Dr Drouineau, Délégué de M. le Ministre de l'Intérieur, se lève à son tour et s'exprime ainsi :

MESSIEURS,

Je ne suis pas un nouveau venu parmi vous, et, à ce titre, je vous demande la permission de ne pas vous faire de discours officiel. Si, par courtoisie, vous voulez bien, je l'espère, me relever de ce qui pourrait être considéré, à la rigueur, comme une obligation professionnelle ou de circonstance, vous ne sauriez cependant me décharger d'un devoir que je tiens absolument à remplir.

M. le Ministre de l'Intérieur avait formé le projet d'assister aux Congrès qui allaient réunir à Bordeaux vers la même époque les philanthropes préoccupés du sort de l'enfance et les savants qui se consacrent à l'étude des maladies mentales et nerveuses.

Au dernier moment seulement, il n'a pu mettre ce projet à exécution et j'ai reçu la mission de le représenter parmi vous et de vous apporter, avec l'expression de ses regrets, l'assurance de la vive sympathie et de l'intérêt tout particulier qu'il prend à vos travaux.

Je veux aussi excuser près de vous M. Monod qui, l'année dernière, se faisait votre collaborateur et vous apportait un très intéressant travail sur les aliénés criminels.

Si cela lui avait été possible, il fût encore venu cette fois réclamer

une place dans vos rangs et par sa présence eût affirmé à nouveau, comme il l'avait fait à Clermont-Ferrand, l'estime en laquelle il tient vos assises scientifiques et le bien qu'il en attend.

Ma tâche personnelle sera beaucoup plus modeste et je ferai de mon mieux pour recueillir ce qui, dans vos délibérations, serait de nature à éclairer ou à diriger dans l'avenir nos actes.

Nos désirs sont, vous n'en doutez pas, de faire profiter l'aliéné des progrès toujours croissants de la science et nous ne concevons pas l'assistance publique, à quelque degré et sous quelque forme que ce soit, autrement que guidée par l'esprit scientifique.

La présence parmi vous d'un représentant officiel de l'administration de l'Assistance publique ne saurait donc vous surprendre; il semble même qu'elle tende à devenir habituelle en ce qui concerne les réunions annuelles des médecins aliénistes. C'est là, j'imagine, un gage incontestable de l'intérêt dont je parlais tout à l'heure, au nom de M. le Ministre de l'Intérieur.

Telle est, Messieurs, la mission que j'avais à remplir au moment où vous commencez vos travaux.

Telle est, non pas le discours, mais la communication que j'avais à vous faire.

La séance est levée après ces discours chaleureusement applaudis, et les membres du Congrès, guidés par un distingué confrère bordelais, M. le Dr Gendron, Commissaire délégué par le Comité de la Société Philomathique, visitent les principales curiosités de l'Exposition. Cette visite, très intéressante, clôture agréablement la séance d'ouverture. Elle se termine vers midi.

SÉANCE DU 1er AOUT (SOIR)

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr JOFFROY, PRÉSIDENT.

Sommaire. — Élections et installation du Bureau. — Exposé oral du rapport sur la première question : *Les psychoses de la vieillesse,* par M. Ant. RITTI. — Discussion sur la question. — M. VALLON : Mélancolie *ab miseria* des vieillards. — M. VERGELY : Six observations de psychose des vieillards. — M. DELCURROU, Premier Président : Réflexions sur la médecine légale des aliénés, à propos du rapport de M. Ant. Ritti. — M. RÉGIS : Le délire de rêve chez le vieillard. — M. MABILLE : La folie chez les vieillards. — M. A. MARIE : Remarques sur l'état mental de quelques séniles. — M. CULLERRE : Délire ambitieux systématisé primitif chez un vieillard. — M. L'HOEST : Cas de folie systématisée de la vieillesse. — M. CHRISTIAN : Note sur le délire érotique des vieillards.

La séance est ouverte à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, admirablement ornée et aménagée en vue du Congrès. En dehors de la salle des séances, où le Bureau, la Presse, les membres adhérents, le public des auditeurs ont leur place marquée et distincte, on a installé, dans les dépendances, le Secrétariat-Trésorerie, une boîte aux lettres, une salle de correspondance et de lecture, où sont reçus les divers journaux médicaux et les feuilles politiques de la région, et aussi une très agréable salle de repos et de causerie, constituée par l'immense vestibule à colonnes, transformé en serre grâce à une véritable profusion de plantes vertes. Des affiches, bien en vue, fournissent les indications nécessaires; des circulaires imprimées instantanément à l'autocopiste et distribuées à profusion donnent, au jour le jour, le programme détaillé des séances et des excursions. Enfin, le personnel de la Faculté, mis à la disposition du

Congrès par le Doyen, M. Pitres, est parfaitement stylé et rend des services appréciés de tous.

Installation du Bureau.

M. Ritti, un des Vice-Présidents du Congrès de 1894 à Clermont-Ferrand, transmet les pouvoirs à M. Joffroy, nommé Président pour 1895.

M. Joffroy remercie et fait procéder immédiatement à l'élection complémentaire des membres du Bureau qui se trouve dès lors définitivement constitué. *(Voir aux Préliminaires.)*

M. le Secrétaire général présente les excuses de plusieurs membres empêchés. Il annonce que l'Association française pour l'Avancement des Sciences a délégué pour la représenter au Congrès : MM. Joffroy et Magnan.

Il donne lecture, au nom de M. Hospital et de M. Devay, du Compte rendu financier du cinquième Congrès tenu à Clermont-Ferrand *(Voir aux Préliminaires)* et fournit quelques explications et indications sur certains points du programme distribué.

La parole est ensuite donnée à M. **Ant. Ritti,** qui résume verbalement son rapport sur la première des questions mises à l'ordre du jour : *Les psychoses de la vieillesse.*

A la suite de ce résumé, la discussion est ouverte.

LES PSYCHOSES DE LA VIEILLESSE

(DISCUSSION)

M. C. VALLON. — Mélancolie *ab miseria* des vieillards.

Comme M. Ritti, je suis persuadé que, parmi les psychoses le plus souvent observées dans la vieillesse, la mélancolie tient le premier rang.

La fréquence des états mélancoliques chez les vieillards apparaît encore plus grande si, au lieu de limiter le champ de

son observation aux pensionnaires des Asiles d'aliénés, on l'étend à la clientèle de ville. Nombreux, en effet, sont les vieillards qui tombent dans un état de mélancolie avec idées de persécution caractérisées essentiellement par une *méfiance* vraiment *maladive*. Est-il riche, le vieillard se figure que tout le monde, sa famille en particulier, convoite ce qu'il possède; est-il pauvre, il croit que les siens lui en veulent de n'avoir pas su amasser d'argent pour ses vieux jours, d'être à leur charge; dans l'un et l'autre cas, il en arrive à se figurer qu'on veut se débarrasser de lui, qu'on désire sa mort, il tombe dans la tristesse et l'abattement; il a des craintes d'empoisonnement, etc., etc.

Ce sont là des formes légères, un peu frustes, je n'y insiste pas.

Dans les Asiles, on observe la mélancolie vraie sous ses diverses formes et par ordre de fréquence, si je m'en rapporte à mes observations personnelles, la mélancolie-suicide. C'est de cette dernière forme que je veux particulièrement vous entretenir. Cette psychose de la vieillesse a-t-elle des caractères propres qui permettent de la différencier nettement de la mélancolie de l'adulte? Parmi les symptômes, je crois que l'on en chercherait en vain de vraiment distinctifs; mais la mélancolie des séniles présente quelque chose de spécial : 1° dans son étiologie; 2° dans son pronostic.

Étiologie. — M. Ritti, dans son excellent rapport, a très justement cité cette phrase de Ziehen, qui peint bien l'état mental du sénile. « Ce qui prédomine chez lui, c'est la *tendance égocentrique*. Toutes ses pensées, toute son attention se concentrent sur ses besoins physiques, sur ses agréments personnels. » Aussi, le sénile est-il généralement plus affligé de la perte de sa fortune que de la mort des personnes qui lui étaient le plus chères; le manque de ressources l'attriste plus que le manque d'affection; l'impossibilité de satisfaire ses besoins physiques le mène plus sûrement à la mélancolie et au suicide que toutes les causes qu'on a l'habitude d'englober sous la rubrique de causes morales. Quand le vieillard verse dans la mélancolie, c'est le plus souvent qu'il est déjà tombé dans la gêne. La misère, voilà la cause des causes de la mélan-

colie chez les séniles; aussi, en se plaçant au point de vue étiologique, pourrait-on lui appliquer la dénomination de *melancolia ab miseria.*

Pronostic. — La conclusion n° 9 du rapport de M. Ritti est ainsi formulée : « Le pronostic de ces affections n'est pas absolument défavorable. La guérison de certaines psychoses de la vieillesse est presque aussi fréquente que celle des vésanies de l'âge mûr. » Je partage absolument cette manière de voir, au moins en ce qui concerne la mélancolie. La fréquence de la guérison de la mélancolie chez les séniles tient précisément à la nature des causes qui l'engendrent. Contre les peines purement morales, l'action du médecin est le plus souvent bien minime; contre les besoins matériels, sa puissance est tout autre; s'il ne peut dissiper le chagrin, il peut faire cesser la misère. Ici, comme dans toutes les circonstances où on peut attaquer la cause même du mal, on obtient des résultats favorables, la thérapeutique étiologique est celle qui mène le plus sûrement à la guérison. Le sénile est devenu mélancolique par les privations physiques, donnez-lui ce qui lui manque et vous le voyez bientôt revenir à un état meilleur. L'évolution vers la guérison se fait parfois très rapidement. Plus de misère, plus d'état mélancolique. *Sublata causa tollitur effectus.*

Lasègue avait l'habitude de dire : « Plus une mélancolie est *légitime,* plus son pronostic est favorable. » Par là, mon maître entendait que plus un individu avait eu de raisons de tomber dans un état mélancolique, plus les causes de sa maladie avaient été nombreuses et puissantes, plus il avait de chances de guérir. Il est bien certain que si un individu devient mélancolique à la première difficulté qui surgit, s'il tombe au moindre caillou rencontré sur sa route, c'est qu'il portait en lui une prédisposition contre laquelle les agents thérapeutiques ont une action très limitée; le pronostic de sa maladie est grave. Si, au contraire, un homme a parcouru une longue existence semée de heurts et d'obstacles, sans jamais avoir une défaillance cérébrale et qu'il tombe dans la mélancolie seulement à un âge avancé, alors qu'il a usé ses forces à la meule de la vie, c'est qu'il était indemne de toute prédisposition; sa maladie relève de causes accidentelles, et plus les moyens dont

nous pouvons disposer contre celles-ci sont grands, plus le pronostic est favorable. Le fait qu'un état mélancolique se développe pour la première fois dans la vieillesse seulement, indique l'absence de prédisposition ; d'autre part, chez le sénile, la cause productive de la mélancolie étant le plus souvent la misère, c'est à dire quelque chose de réductible, voilà une double raison qui rend favorable le pronostic de la mélancolie chez lui. Sauf dans les cas d'état général mauvais, la mélancolie du vieillard est presque aussi curable que celle de l'adulte.

J'ai vu, pour ma part, nombre de cas de mélancolie chez des séniles s'améliorer rapidement et guérir par le seul fait de l'hospitalisation. Mon ancien interne, M. le Dr A. Marie, le très distingué médecin-directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, a noté que, parmi ses pensionnaires, un bon nombre avaient été internées autrefois dans un Asile d'aliénées, pour mélancolie-suicide survenue dans la vieillesse par suite de misère ; or, aucune de ces femmes, depuis qu'elles se trouvent à l'abri du besoin, à Dun, n'a commis de nouvelle tentative de suicide, alors qu'elles ont à leur disposition tous les moyens de se tuer.

Voici une observation qui peut servir de type pour la *melancolia ab miseria* des vieillards ; je la réduis à ses traits essentiels.

Le nommé G... entre dans mon service au mois d'octobre 1892. C'est un grand vieillard de soixante-quinze ans, encore assez vigoureux pour son âge. Son histoire est des plus simples : pas d'antécédents héréditaires, pas de maladie grave, pas le moindre accès d'aliénation mentale. Il est veuf depuis quelques années ; la mort de sa femme lui a causé beaucoup de chagrin, mais n'a point déterminé d'accès mélancolique. Il y a un an environ, il a commencé à souffrir d'un ulcère qui, progressivement, a envahi presque toute la jambe gauche. A partir de ce moment, il n'a plus pu exercer son métier de marchand ambulant, ses économies ont été bien vite épuisées et il est tombé dans la plus complète misère ; il a essayé d'entrer à l'hôpital ; mais, paraît-il, on n'a pas voulu le recevoir et on s'est contenté de lui panser son ulcère. Progressivement, il est tombé dans la tristesse et l'abattement. Son propriétaire lui ayant donné congé, avant de quitter la maison, il a essayé de s'asphyxier à l'aide du charbon. Les voisins sont arrivés à temps pour le sauver. N'ayant même plus d'argent pour acheter du charbon, G... s'est, par deux fois, jeté à la Seine : par deux fois on l'a retiré. Voyant que ni le feu ni l'eau ne lui réussissaient, il s'est pendu. On a coupé la corde à

temps et on s'est décidé à l'envoyer à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police, où M. Legras rédigea sur son compte le certificat suivant: « Affaiblissement intellectuel. Tendances mélancoliques. Découragement. Idées très arrêtées de suicide. Plusieurs tentatives, dont une très récente par pendaison. Propos déraisonnables, croit que les huissiers vont venir le saisir, etc. »

Dans les jours qui ont suivi son arrivée dans mon service, à l'Asile de Villejuif, G... est déprimé, abattu; sa physionomie respire la tristesse; il reste assis immobile, les yeux fixés sur le sol; il répond difficilement aux questions qu'on lui pose, il faut pour ainsi dire lui arracher les paroles, il raconte qu'il est découragé, dégoûté de la vie, qu'il a perdu tout ce qu'il possédait; il faut le forcer à manger, il déclare qu'il ne veut rien prendre, parce qu'il n'a pas d'argent pour payer. Il ne paraît pas y avoir d'hallucinations. Il existe autour du cou un sillon très net, résultat de la tentative de pendaison; la jambe gauche est envahie par un vaste ulcère; les artères sont athéromateuses, mais pas à un degré très prononcé.

L'évolution vers la guérison s'est faite assez rapidement et sans grands frais de thérapeutique; de bonnes paroles et une bonne nourriture ont été les seuls agents employés. Dans mon certificat de quinzaine, je signalais une tendance à l'amélioration, qui s'est accentuée progressivement.

Le 27 décembre, c'est à dire deux mois après l'entrée, je note une amélioration très marquée. G... m'explique qu'il était devenu triste et avait voulu se tuer parce qu'il était sans ressources et incapable de travailler; il n'est plus hanté par des idées de suicide maintenant qu'il a tout ce qu'il lui faut. Il est gai et souriant, il s'alimente bien, l'état général est meilleur. Il joue aux dames avec ses camarades et lit un peu.

Quinze jours plus tard, la guérison de l'état mélancolique est complète; il persiste naturellement de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, particulièrement de la mémoire. L'ulcère de la jambe n'est pas encore cicatrisé, bien qu'on ait eu recours à des greffes épidermiques.

Dès ce moment, G... aurait pu sortir de l'Asile s'il avait eu une famille pour le recevoir et subvenir à ses besoins, mais en l'absence de toute personne consentant à se charger de lui, il était impossible de procéder à la mise en liberté. Je dus me contenter de signaler dans mes certificats ultérieurs la situation de G...; c'est ainsi qu'au mois de mars dernier je rédigeai sur son compte le certificat que voici : « Est atteint de sénilité. Affaiblissement des facultés mentales. Faiblesse musculaire. Ulcère de la jambe. En 1892 a eu un accès de mélancolie, au cours duquel il a fait des tentatives de suicide; cet accès, motivé par la misère profonde dans laquelle il se trouvait, s'est dissipé du jour où ce vieillard a trouvé un gîte et la nourriture. L'état actuel ne saurait justifier le maintien dans un Asile d'aliénés; il y a lieu d'envoyer G... dans un hospice de vieillards. »

G... est toujours dans mon service; la raison, vous la devinez sans doute: c'est qu'il n'y a pas de place dans les hospices de vieillards. Les établissements consacrés à la vieillesse sont tellement insuffisants qu'on en est réduit, par la force des choses, à mettre ou à laisser dans des Asiles d'aliénés des séniles qui n'y sont pas à leur place et y sont une cause d'encombrement. Or, l'encombrement est la pire des choses. La population normale de la plupart de nos services d'aliénés est déjà beaucoup trop considérable, eu égard au nombre restreint des médecins, et on arrive encore à dépasser son chiffre. Ainsi, dans mon service à l'Asile de Villejuif, qui contient 570 places, la population atteint le chiffre de 684, c'est à dire qu'il y a 114 malades en supplément, parmi lesquels, cela va sans dire, nombre de séniles. C'est là une situation déplorable, je sais qu'elle existe, non seulement dans les Asiles de la Seine, mais encore dans plusieurs Asiles de province; je n'en suis pas fâché car au moins, en en signalant les inconvénients, je n'ai pas l'air de prononcer un plaidoyer *pro domo mea.*

Il y a beau temps qu'on a élevé les aliénés à la dignité de malades, le moment serait peut-être venu de les traiter en conséquence. Or, quelle thérapeutique vraiment sérieuse peut-on faire quand, dans une année, il vous entre, comme en 1894 dans mon service de Villejuif, plus de 800 malades? Pour traiter les malades, il faut les connaître, et pour les connaître, il faut en avoir un nombre raisonnable. L'augmentation du nombre des médecins aliénistes est une mesure qui s'imposera un jour ou l'autre. Actuellement, l'état des finances n'est pas des plus prospères, les budgets se bouclent difficilement, la pile des centimes additionnels pèse lourdement sur les contribuables, aussi n'avons-nous pas grande chance de voir aboutir une réforme qui ne peut s'accomplir qu'à l'aide de sacrifices d'argent.

Mais si on ne peut ni diminuer le nombre des gens à hospitaliser ni augmenter sensiblement le nombre de médecins chargés de les soigner, est-ce à dire qu'il n'y a rien à faire? Je ne le pense pas. Pour les malades ordinaires, on a l'hôpital où l'on traite les maladies; l'hospice, où l'on place les infirmes et les incurables. Pourquoi, pour les aliénés, qui sont en somme des gens atteints de maladies du cerveau, n'aurions-nous pas

l'hôpital, où l'on traiterait les maladies mentales, et à côté l'hospice, où l'on mettrait les aliénés incurables, l'hospice où l'on se débarrasserait des vieillards qui nous encombrent? Il y a eu la maison de force, qui était la prison des fous, le progrès nous a conduits à l'Asile actuel, qui est surtout une garderie; faisons un pas de plus en avant et ayons l'hôpital de traitement, avec un nombre de malades assez restreint pour que le médecin puisse les bien connaître et, par suite, les traiter et les guérir. Mais, au moins, qu'en attendant cette réforme désirable, on mette un terme à cet encombrement des services qui devient par lui-même une nouvelle cause d'encombrement; car, en empêchant toute thérapeutique active, il augmente le nombre des aliénés qui tombent dans la chronicité et l'incurabilité. Dans la construction des nouveaux Asiles de vieillards, il y aura à tenir compte de ce fait, à savoir que les séniles peuvent présenter des troubles cérébraux passagers, par exemple de la turbulence nocturne, de courts accès maniaques et que, dès lors, il est indiqué de prévoir, à côté de l'infirmerie ordinaire, destinée au traitement des maladies incidentes, pneumonie, etc., un quartier spécial pour l'isolement des vieillards devenus momentanément une cause de trouble pour le repos de leurs camarades.

Quelle que soit la solution qu'on choisisse, il faut arriver à désencombrer les services d'aliénés, car l'encombrement, en rendant difficile l'étude attentive des malades, empêche tout progrès, non seulement en thérapeutique, mais en clinique et même en anatomie pathologique. Il faut le dire et le répéter: l'encombrement, voilà l'ennemi.

M. P. VERGELY. — Six cas de psychose de la vieillesse.

La question de la psychose des vieillards, qui a été mise à l'ordre du jour du Congrès des aliénistes et neurologistes, est de celles que peuvent connaître les médecins qui se livrent à la pratique de la médecine sans pénétrer dans les Asiles d'aliénés. Peut-être même a-t-on plus souvent l'occasion de voir des cas de psychose des vieillards dans le premier milieu que dans le second, c'est ce qui m'a valu l'avantage et l'honneur de porter un petit contingent de faits au Congrès.

J'ai été d'autant plus disposé à faire cette communication, que mes observations coïncidaient avec celles qui ont été consignées dans le remarquable rapport de M. A. Ritti.

Je dirai, après vous les avoir exposées, par quelles particularités elles confirment plus spécialement les idées émises par le savant rapporteur.

Voici les observations que je désire vous communiquer et qui sont au nombre de six :

Obs. I. — Mme L..., âgée de quatre-vingt-deux ans, a toujours joui d'une excellente santé ; elle est douée d'un esprit calme et d'un remarquable bon sens. Elle a eu trois enfants, qui n'ont présenté aucun trouble du système nerveux, pas plus qu'elle-même.

En 1889, elle perdit une fille dont rien n'avait fait présager la fin. Elle fut profondément affectée de cette mort et ne tarda pas à éprouver une aggravation notable dans un rhumatisme qui occupait depuis longtemps les deux genoux, la région lombaire, l'articulation coxo-fémorale gauche.

Lorsque je vis Mme L... pour la première fois, elle avait soixante-seize ans. Je fus frappé de la sérénité, de l'amabilité qu'offrait sa physionomie, qui n'avait rien de sénile. Peu de rides, des cheveux gris, des yeux sans cercle sénile, qui lui permettaient de lire sans lunettes, des artères très souples, un cœur avec un rythme absolument normal et des bruits valvulaires typiques.

Mme L... avait assez bon appétit, n'avait d'autres troubles digestifs qu'un peu de constipation. Son sommeil était régulier et assez long. Seuls, les deux genoux étaient un peu gonflés, douloureux, ainsi que l'articulation coxo-fémorale gauche, de sorte qu'elle avait besoin du secours d'une canne pour marcher. Elle boitait légèrement, comme certains coxalgiques guéris avec ankylose de l'articulation ; les doigts avaient aussi quelques petites nodosités d'Heberdeen ; il y avait eu des goutteux dans sa famille. Ce qui ne l'empêchait pas de quitter Bordeaux pour aller à Arcachon ou dans une propriété qu'elle possédait assez loin de la ville ; elle pouvait, en outre, écrire d'assez longues lettres.

Pendant quatre ans, je voyais assez souvent Mme L..., soit que je fusse appelé auprès d'elle ou auprès des membres de sa famille. Je pus me convaincre de la rectitude de son jugement, de son extrême bonté, qui la portait toujours à s'inquiéter du mal des autres plutôt que du sien. Les conquêtes nouvelles de l'industrie l'intéressaient et elle ne vantait pas le passé aux dépens du temps présent.

En 1892, je trouvai quelque changement dans l'humeur, Mme L... était devenue plus triste. Ses rhumatismes lui rendaient la marche plus difficile, elle était plus préoccupée de sa constipation. Cependant, elle n'acceptait les plus légers remèdes qu'avec répugnance. Je ne trouvai rien de changé dans l'état de ses organes, je fis faire une analyse d'urines ; la composition en était normale avec un petit excès d'acide urique.

Vers cette époque, une personne de la famille fut atteinte d'un double glaucome qui la rendit aveugle, une autre succomba à un rétrécissement cancéreux de l'intestin. Elle fut très frappée de ces deux événements et commença à me parler de quelques troubles de la vision. Comme je faisais quelques allusions à sa parente qui était devenue aveugle, elle m'affirma qu'elle avait bien avant cela la vue malade, mais qu'elle avait négligé de m'en parler.

Depuis ce moment, elle me faisait demander plus fréquemment; je la trouvai tournant le dos à sa croisée, les contrevents à demi-clos.

Elle voyait des choses bizarres, des cercles lumineux; quelquefois il lui semblait qu'une personne se trouvait à l'extrémité de sa chambre, elle manifestait l'intention de voir un oculiste. Elle était très affectée de ce qu'elle voyait, mais n'a jamais voulu me donner plus de détails sur ses troubles de la vue. Je variai les collyres, depuis l'eau de rose, la décoction de thé, la camomille jusqu'au collyre boriqué et, sous l'influence du collyre et de mes affirmations, la suggestion se produisait et l'amélioration arrivait. Quelquefois cependant elle me disait, au bout de quelques jours, qu'elle m'avait affirmé qu'elle était mieux pour m'être agréable, mais que ses visions étaient toujours les mêmes. Sa vue était restée très bonne.

La préoccupation d'un arrêt dans les fonctions intestinales devenait de plus en plus vive. J'étais obligé de varier les petits moyens, magnésie, rhubarbe, soufre, huile, etc., qui tantôt produisaient des effets merveilleux, tantôt n'avaient aucune action.

A la fin de l'année 1893, ma malade était notablement changée, très vieillie, toujours triste, beaucoup moins attentive aux maux des autres et préoccupée surtout de son intestin.

C'est dans ces conditions qu'au mois de mai 1894, Mme L..., qui n'avait jamais toussé de sa vie, se mit à tousser.

La toux eut, dès le début, le caractère d'une toux due à un catarrhe laryngo-trachéal subaigu; pas de fièvre, la percussion ne dénotait rien de particulier, l'auscultation ne révélait que quelques ronchus légers épars; le pouls, qui battait 68 à 72 pulsations en moyenne, montait à 80 et 84.

Le traitement employé n'eut qu'un médiocre succès: digitale, kermès, oxymel scillitique, iodure de sodium, terpinol, créosote, etc.; l'opium, la morphine calmaient un peu la toux, mais aux dépens de l'estomac, si bien que je me contentai de préparations de quinquina et de quelques potions à l'acétate d'ammoniaque.

L'œdème malléolaire avait augmenté et gagnait le genou. L'appétit était nul, le sommeil très léger et très court.

Les hallucinations de la vue devinrent fréquentes. Mme L... demandait souvent s'il n'y avait pas quelqu'un d'assis dans le coin de la chambre, quelle était la personne qui venait d'entrer. C'était d'abord le jour que ces hallucinations se produisaient; puis le soir, quand la lumière était éteinte, elle voyait des personnes qui s'asseyaient sur son lit, qui promenaient autour de son lit. Elles étaient isolées en premier lieu, elles devinrent plus nombreuses, formaient des processions de

personnages lugubres. Elle se plaignait de l'angoisse qu'elle en ressentait. Alors, on lui démontrait l'inanité de ces visions, on allumait des lumières. Ces personnages n'étaient pas toujours vêtus. Elle raconta même à la personne qui la gardait, qu'elle avait vu des choses qu'elle n'oserait jamais raconter tellement elles étaient abominables.

Elle était plus réservée avec moi, avec ses petits-enfants; quand je l'interrogeais, elle me répondait qu'elle avait des visions qui la fatiguaient beaucoup, mais elle ne s'expliquait pas sur leur nature.

Elle se plaignait également d'entendre chuchoter à son oreille, mais d'une manière confuse.

Elle en vint, dans le jour, entourée de plusieurs personnes et alors qu'elle conversait avec l'assistance, à s'interrompre pour demander quelles étaient ces gens qui venaient de s'asseoir près d'elle.

Ces symptômes s'étaient développés pendant les mois de juillet, d'août et de septembre. A la fin de ce mois, les hallucinations étaient devenues tellement fréquentes, tellement pénibles, lui ôtant le sommeil, le repos, que je dus avoir recours au chloral et à la morphine, après avoir administré du sulfonal et du bromure, qui étaient devenus impuissants à la calmer.

Dans les courtes trèves que lui laissaient ces hallucinations, Mme L... avait conservé ses facultés affectives. Elle me recevait avec bonté, elle s'intéressait à la santé de tous les siens, ne montrait ni impatience ni colère. Elle s'affaiblissait et s'amaigrissait rapidement; sa tête s'inclinait de plus en plus sur sa poitrine, et sa lèvre inférieure s'allongeait pour laisser écouler la salive.

Elle avait conscience de sa fin prochaine, témoignait le regret de quitter les siens. Je partis pour m'absenter quatre jours; ne me voyant pas venir, elle chargea les siens de me faire ses adieux, parce qu'elle était certaine de ne pas me revoir. Elle s'éteignit le jour même de mon retour.

Vers la fin, l'urine, examinée à plusieurs reprises, a dénoté quelques traces d'albumine; la quantité d'urine restait la même. Rien au cœur.

Obs. II. — Mme O..., âgée de soixante-seize ans, a toujours été très délicate, un peu maladive. Elle a eu deux enfants : l'un est albuminurique, l'autre a une légère scoliose vertébrale, mais néanmoins jouit d'une très bonne santé.

Mme O... n'a jamais eu aucun trouble du système nerveux. C'est une femme d'un esprit très cultivé, qui faisait de la poésie et entretenait des relations épistolaires avec des hommes de lettres, de sciences.

Elle est atteinte depuis longues années d'un catarrhe bronchique peu grave. Elle me fit appeler pour la première fois, en 1888, pour des troubles dyspeptiques, que des revers de fortune avaient augmentés; elle avait alors soixante-quatorze ans. Pendant deux ans, j'eus occasion d'entretenir cette dame, de m'apercevoir de son esprit élevé, de son instruction littéraire et de la rectitude de son jugement.

Mme O... était très délicate, très faible, s'alimentait mal. A ces trou-

bles dyspeptiques étaient venues s'ajouter, en 1890, des douleurs de névralgie sciatique à gauche, puis des douleurs vésicales qui l'obligeaient à uriner souvent. L'examen de l'urine ne révéla rien d'anormal et même l'aspect extérieur n'indiquait rien de particulier du côté des organes génito-urinaires. Les urines étaient assez abondantes, transparentes, sans odeur spéciale ni dépôt. Il ne fallait pas songer à réclamer le moindre examen.

Mme O... garda alors le lit. Je fus frappé à cette époque de son attitude; tandis qu'elle m'accueillait assez gracieusement, causait avec moi, elle se montrait pleine de réserve et de froideur pour son fils et pour sa fille, mais surtout pour son fils. Je crus à une méprise de ma part, puis à de petites discussions de famille auxquelles je n'avais pas à prendre part; quand sa fille, âgée de cinquante ans, me confia, toute en larmes, que sa mère faisait tous ses efforts pour l'empêcher de rester dans sa chambre et qu'elle en éloignait également son frère, leur préférant la compagnie de sa belle-fille, des étrangers. Après cet aveu, je ne manquai pas de réclamer la présence de son fils et de sa fille à ma première visite. Elle insista sèchement pour qu'ils se retirassent et me fit signe de m'approcher pour me faire une confidence. Après quelques préambules et la voix émue, elle me conta que son fils tenait devant elle les propos les plus indécents, que sa fille en riait et s'en entretenait avec son frère, et même que celui-ci y avait joint des gestes peu convenables.

Le ton de sincérité avec lequel elle m'avait parlé, la croyance que j'avais de l'équilibre de son esprit me laissèrent stupéfait. Je répondis d'une manière évasive aux questions de la fille, qui se montrait fort peinée de l'attitude de sa mère. Je lui recommandai avec force circonlocutions d'être très réservée dans ses paroles devant sa mère et d'en faire la remarque à son frère. Elle me regarda étonnée, sans avoir compris ce que je voulais dire, m'affirmant qu'elle avait eu devant sa mère la conversation la plus banale, la plus simple du monde.

L'attitude de Mme O... n'avait pas changé envers tout le monde; quand je m'informai si on s'était aperçu qu'elle délirait, qu'elle tenait quelques propos extravagants, on m'assura qu'elle raisonnait très bien, qu'elle n'avait pas le moindre délire et que, seul, son caractère avait changé.

J'étais très étonné de tout cela, lorsque Mme O... demanda de nouveau à m'entretenir seul; elle me confia alors, avec un véritable accent d'indignation, que son fils avait continué d'agir comme par le passé et même qu'il avait fait quelques tentatives pour coucher avec elle.

Le voile était déchiré, j'étais fixé. Mme O... interdit la porte de sa chambre à son fils, qui ne sut jamais ce dont il était accusé et qui ne vit dans cette mesure qu'un caprice de vieillard.

Plus tard, Mme O... reprocha à sa fille ses propos inconvenants, indécents et celle-ci ne dut lui faire que de courtes visites.

Mme O... s'affaissait de plus en plus. Le catarrhe pulmonaire, les névralgies, les troubles dyspeptiques l'avaient plongée dans un état complet de cachexie, dont elle ne se releva pas.

Obs. III. — Mlle B..., âgée de soixante-quinze ans, n'a jamais fait de maladies graves; mais, depuis plusieurs années, elle est atteinte de rhumatismes noueux qui ont frappé les articulations des pieds et des mains et l'ont obligée à garder la chambre.

C'était une femme très intelligente, d'une grande fermeté et de bon conseil, qui exerçait une légitime influence sur tout son entourage. Jamais elle n'avait eu aucun trouble du système nerveux et avait fait même preuve d'une grande solidité d'esprit, de haute raison dans les circonstances difficiles qu'avait traversées sa famille. Malgré un peu de brusquerie, de vivacité dans le caractère, sa bonté et son dévouement pour les siens étaient à toute épreuve.

Le 30 mars 1895, je fus appelé à donner des soins à Mlle B..., qui était atteinte d'une bronchite depuis une quinzaine de jours. La malade toussait beaucoup, expectorait des crachats abondants de bronchite; sa poitrine, sonore, était pleine de râles muqueux et de ronchus. La peau était chaude, le pouls à 90, l'appétit diminué, la nuit mauvaise, troublée par la toux. Cette acuité dura plus de trois semaines et affaiblit beaucoup la malade. Elle se trouva un peu mieux au bout de ce temps, mais alors éclatèrent des douleurs d'estomac très vives qui l'empêchaient de s'alimenter. Nouvelle médication contre les douleurs gastriques, qui s'amendèrent peu à peu. Vers les premiers jours du mois de mai, il y eut une petite accalmie, il y avait encore quelques gros râles muqueux, disséminés à la partie postérieure de la poitrine, l'appétit était très faible; il y avait de la constipation, mais les douleurs avaient beaucoup diminué. L'expectoration et la toux étaient également moindres.

Au milieu du mois de mai, se montrèrent quelques changements d'humeur. Mlle B... grondait sa domestique, sa garde, prononçait des mots grossiers (f..., c...), que jamais, dans ses plus forts accès de colère, on ne lui avait entendu dire. Une fois, trouvant que je n'arrivais pas assez tôt au gré de ses désirs, elle s'emporta contre moi. Dès que je fus auprès d'elle, elle se contenta de me dire qu'elle avait eu un fort accès de colère, qu'elle ne savait pas dissimuler et que, d'ailleurs, actuellement, elle ne pouvait rien supporter.

Enfin, un soir, elle interrogea tous les siens, pour savoir si personne n'avait eu le dessein de l'empoisonner.

Le lendemain, elle demanda à sa sœur si elle ne craignait pas qu'on l'empoisonnât.

Ces idées persistèrent jusque dans les premiers jours du mois de juin. Chaque jour, je recevais les plaintes de la famille sur les craintes manifestées par la malade. Celle-ci ne semblait pas délirer, elle répondait avec précision aux questions que je lui adressais et, quand je lui faisais entrevoir sa guérison prochaine, elle me répondait qu'elle était fixée sur son sort, que cette maladie était la dernière, qu'elle ne se relèverait pas de là et que, d'ailleurs, il lui tardait que cela fût fini. Comme je l'interrogeais sur son entourage, sur les intentions des gens qui la servaient, elle me répondit qu'elle n'en était pas très sûre et qu'on pourrait bien l'empoisonner.

Elle n'eut pas d'hallucinations ni de la vue ni de l'ouïe. Le 8 juin, elle exprimait encore ses craintes. Le 10, elle s'affaiblit tout à coup, cessa de tousser, de cracher et mourut le 16, après une très courte agonie.

Le cœur n'avait présenté aucun trouble jusqu'au dernier moment; l'examen des urines, fait à plusieurs reprises, n'avait également décelé aucune trace de substances étrangères à leur composition, ni de changement dans la proportion des sels normaux.

Obs. IV. — Mlle E..., âgée de quatre-vingt-cinq ans, a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais eu d'accidents nerveux d'aucune sorte, pas plus qu'on n'en saurait trouver dans ses ascendants. Très instruite, intelligente, Mlle E... était arrivée à un âge avancé, tout en conservant son intelligence, même sa mémoire et une certaine énergie. Depuis longtemps, elle était atteinte d'une bronchite légère, qui présenta une recrudescence notable dans le courant de février et de mars 1892. La malade s'affaiblit progressivement, tout en conservant les facultés intellectuelles à peu près intactes. Peu à peu, les idées délirantes apparurent; elle voyait près d'elle des personnes imaginaires. Mlle E..., qui était très bien élevée et très réservée, sollicita sa garde à lui faire des confidences sur le mariage. « Vous devez savoir comment tout cela se passe, vous qui avez été mariée, disait-elle. » Un autre jour, elle cria à tue-tête qu'il fallait lui amener un homme, qu'elle voulait coucher avec un homme.

A l'étage supérieur habitait un jeune homme dont elle réclamait la présence. Ces conversations érotiques, en dehors des accès avec cris et vociférations dans lesquels elle réclamait un homme, avaient lieu surtout devant sa garde. En présence d'un de ses parents, médecin, elle gardait une grande réserve. Il suffisait, d'ailleurs, de lui parler d'un sujet sérieux, d'attirer son attention sur des faits plus importants, pour qu'elle abandonnât ses idées érotiques. Dans ses moments de calme, elle recevait bien les personnes qui venaient la visiter, mais les confondait les unes avec les autres.

Dans le mois d'août, c'est à dire deux mois après le début du délire, elle présenta des plaques de gangrène symétrique aux deux membres inférieurs, que le médecin qui lui donnait des soins attribua à de l'artérité sénile; ce furent les accidents précurseurs de sa fin.

L'urine ne fut pas analysée.

En raison de la forme du délire, on ne laissait guère approcher les amies de la malade, dont les idées érotiques, contrastant si singulièrement avec son éducation, sa réserve et sa convenance habituelles, avaient troublé son entourage. Sa sœur, âgée de quatre-vingt-deux ans, mourut quelques mois après, sans présenter le moindre délire.

Obs. V. — Mme C..., âgée de quatre-vingt-dix ans, a toujours joui d'une bonne santé; elle n'a présenté dans le courant de sa longue vie aucun trouble intellectuel. Elle a eu quatre enfants, qui se sont toujours bien portés et n'ont eu aucune affection du système nerveux; l'un d'eux

est mort à cinquante ans, d'un étranglement intestinal; un autre, du diabète.

Vers la fin de l'année 1884, Mme C..., qui n'avait jamais eu de bronchite, fut prise d'une inflammation bronchique, accompagnée de fièvre, et présenta des symptômes graves, qui faillirent l'emporter. Elle était grande, d'une extrême maigreur, qui s'accentua encore pendant sa maladie; après un mois et demi de durée, la maladie perdit de son acuité, mais il resta toujours de la toux et quelques râles ronflants disséminés; l'appétit était diminué et la malade très affaiblie.

A ce moment-là, survint une modification dans le caractère, qui me frappa vivement, ainsi que l'entourage de la malade, sa belle-fille, ses petits-enfants et son fils. Mme C... devint d'une extrême gaieté. Elle avait toujours eu l'humeur joviale, beaucoup d'insouciance, mais n'avait jamais montré autant de disposition à la gauloiserie. Chaque fois que je venais la voir, elle me chantait quelques chansonnettes, dont j'écourtais, bon gré, mal gré, la série en prenant congé d'elle. Bientôt, ces chansonnettes, de gaies devinrent égrillardes, au point que sa belle-fille était obligée de renvoyer ses enfants. On s'étonnait autour d'elle d'un pareil répertoire, puis elle parla de sa fin prochaine, d'enterrement, de cadavres, avec des commentaires d'un comique macabre.

La bronchite, qui s'était atténuée, s'aggrava peu à peu; la malade ne s'alimentait plus, le catarrhe suffocant s'établit et l'asphyxie termina la vie.

Les urines n'avaient présenté aucun caractère particulier, pas d'albumine, pas de sucre. Le cœur était indemne de toute lésion, à l'examen fait pendant la vie.

Obs. VI. — Mme X..., âgée de soixante-cinq ans, tient, avec son mari, un petit bureau du Mont-de-Piété. C'est une femme assez intelligente, à la langue déliée et qui ne manque pas d'à-propos dans ses reparties.

Personne dans ses ascendants n'a été atteint de troubles nerveux; elle a eu une fille, qui est morte de phtisie pulmonaire; sa petite-fille est également morte de la même affection.

Débile et épuisée, elle porte sur le front les stigmates d'une syphilide ancienne ulcéreuse; sa voix est éraillée et faible, elle a pris ce timbre à la suite de laryngites qui, d'après les circonstances racontées par la malade, pourraient bien avoir été spécifiques. Elle tousse, elle est souvent enrhumée. Quand je lui donnai des soins pour la première fois, c'était à l'occasion d'une bronchite. La poitrine était amaigrie, globuleuse, d'une sonorité exagérée et je ne constatai que quelques râles sibilants et ronflants, alors que je m'attendais à trouver des signes de cavernules. Son expectoration était abondante, muco-purulente. La malade avait alors cinquante-quatre ans. Je lui fis suivre un traitement tonique et j'obtins qu'elle prît de grandes quantités d'huile de foie de morue avec de petites cures d'iodure de potassium, souvent renouvelées. Sous l'influence de ce traitement, il se produisit une véritable résurrection et sa santé se raffer-

mit merveilleusement; la bronchite s'amenda beaucoup, sans disparaître complètement.

La malade venait me voir assez souvent à ma consultation, m'entretenait de ses affaires, de la façon dont elle déjouait les entreprises des membres de la famille de son mari, qui espéraient obtenir un testament favorable pour eux. Elle me parut très fine et très habile à ménager les uns et les autres.

Je lui fis remarquer, un jour, que sa santé déclinait, qu'elle n'avait plus aussi bonne mine; je lui reprochai de ne pas suivre aussi rigoureusement son traitement: « Ce n'est pas ça, me répondit-elle, depuis quelque temps je suis prise de désirs de jouissance extrêmes, et je me procure du plaisir moi-même. » J'avoue que je fus stupéfait de cette révélation, faite assez crûment, et je lui fis, en termes les plus énergiques, l'exposé des dangers auxquels cette funeste passion la conduirait. Elle me répondit qu'elle avait déjà promis à son confesseur de s'abstenir, mais qu'elle retombait dans sa faute première.

Depuis cette époque, je la revis moins souvent. Son mari, qui avait fait des abus considérables d'alcool et de tabac, mourut de cirrhose atrophique; elle ne fut que très modérément émue de cet événement, malgré une petite comédie sentimentale qu'elle joua devant la famille.

Bientôt, elle me fit appeler de nouveau, elle avait alors soixante-deux ans. Elle était profondément amaigrie, épuisée, les jambes enflées, quoique le cœur ne présentât pas de lésions, mais les artères étaient athéromateuses et surtout il y avait une caverne au sommet du poumon droit. Je causai avec ma malade, qui me parut assez affaiblie. Cependant elle me raconta qu'elle s'était débarrassée des obsessions de sa famille et de celles de son mari et qu'elle suivait les avis et les conseils d'un ancien ami de son mari et d'elle-même. Elle me dit également qu'elle ne se livrait plus à la masturbation.

Tout était changé autour de la malade, elle habitait au premier, au lieu du rez-de-chaussée, une chambre assez élégante; elle avait une domestique jeune, jolie, dont la tenue me parut suspecte.

Dans le cours de mes visites, je trouvai ma malade en état d'ivresse. J'appris au bout d'un certain temps tous les détails d'une dégoûtante manœuvre qui avait pour but, en spéculant sur la passion de cette vieille femme, d'obtenir un testament en faveur de l'ami et à l'exclusion de la famille. Le prétendu ami avait placé près d'elle un jeune homme qui, moyennant la promesse d'une somme de vingt mille francs à la mort de ma malade, pratiquait sur elle de fréquentes masturbations; après, on faisait de copieuses libations et le jeune homme allait partager le lit de la jeune domestique.

Je dis à ma malade que j'étais au courant de ses excès alcooliques et que si elle continuait je ne lui donnerais plus mes soins. Ce que je fis et, malgré ses appels et ceux de son conseiller, je refusai de me rendre auprès d'elle. Un mois après, elle succombait aux progrès de la phtisie pulmonaire, doublement accélérée dans sa marche par l'alcool et les excitations vénériennes.

Le testament était fait en faveur de l'ami, qui héritait d'une somme de trois cent mille francs. Il fut attaqué par la famille. Appelé en témoignage par elle devant la justice, je dus, en raison du secret professionnel, ne pas faire connaître les détails cités plus haut; mais, sur une demande du juge d'instruction désirant savoir pourquoi je n'étais pas retourné auprès d'elle, je répondis qu'ayant été impuissant à lui faire abandonner ses habitudes d'ivrognerie, je m'étais retiré. Une enquête, les aveux de la domestique, ne laissèrent aucun doute sur la captation et le testament fut cassé.

Réflexions. — En analysant les diverses circonstances au milieu desquelles ces faits se sont produits, leurs manifestations, leur terminaison, il me semble qu'ils ont entre eux un lien de parenté qu'il serait difficile de méconnaître.

Ces malades appartenaient tous au sexe féminin. La plus jeune avait soixante ans, la plus âgée quatre-vingt-dix. Elles avaient toujours joui d'un esprit bien pondéré et s'étaient imposées dans le milieu où elles vivaient par leur énergie et la justesse de leur raisonnement. Jamais elles n'avaient eu de troubles nerveux d'aucune sorte; quelques-unes même étaient la douceur et l'amabilité personnifiées (obs. I et V). Elles ne présentaient, excepté celle qui fait l'objet de l'observation II, aucun caractère de sénilité très prononcé; celle de l'observation VI, seule, était cachectique. Les cheveux étaient plutôt gris que blancs, assez abondants, et la vue et l'ouïe assez bien conservés pour des femmes aussi âgées.

Dans cinq cas, je n'ai pu avoir des renseignements très précis sur les ascendants et les descendants des malades. Elles provenaient de parents morts très âgés et qui n'avaient jamais eu de troubles nerveux pouvant se rattacher à l'hystérie, à l'épilepsie, à l'hémorragie ou au ramollissement cérébral. Je connaissais les enfants des malades qui font l'objet des observations I, II et V, et je n'ai jamais trouvé chez eux d'affection nerveuse. A cet égard, la condition de la prédisposition héréditaire signalée par M. A. Ritti, manifestée soit dans les ascendants, soit dans les descendants, a manqué chez les sujets de ces observations.

Ces personnes n'étaient pas parvenues à un âge aussi avancé sans avoir été atteintes par quelques maladies ou plutôt par quelques infirmités; car ces maladies en avaient les allures subaiguës, torpides, apyrétiques et ne leur causaient

que des malaises. C'était le cas de l'observation I (rhumatisme), de l'observation II (dyspepsie et catarrhe bronchique), de l'observation III (immobilisation de longue date par des articulations noueuses) et de l'observation VI (broncho-pneumonie tuberculeuse). Les sujets des observations IV et V, sauf une extrême maigreur, se portaient bien. Aucune de ces malades n'avait d'affection cardiaque. Celles qui font l'objet des observations I, II et III avaient des artères souples et un cœur dans un état d'intégrité remarquable; celles des observations IV et V avaient des artères plus dures, plus scléreuses; elles étaient athéromateuses chez la dernière. Le cœur et l'appareil circulatoire n'étaient donc pas atteints avec la fréquence que M. A. Ritti a indiquée (p. 38 du rapport).

C'est au milieu de ces conditions que la malade I est frappée d'un vif chagrin, la mort de sa fille; que la malade II est impressionnée par l'état des affaires de sa fille; la malade III avait été très affligée d'une tumeur survenue au sein d'une de ses sœurs et qui avait nécessité une opération; les malades IV et V avaient été obligées de recourir à leur famille à cause de la modicité de leurs ressources; enfin, la malade VI s'était livrée avec fureur à la masturbation. La cause occasionnelle signalée par M. A. Ritti n'a donc pas fait défaut. Mais une intoxication qui me paraît devoir être mise au premier plan, c'est celle qui est émanée de l'appareil pulmonaire. Chez les six femmes qui font l'objet de ces observations, cinq fois les accidents psychiques ont été précédés d'une bronchite aiguë ou de l'aggravation d'une bronchite chronique passant à l'état aigu; la sixième malade est devenue tuberculeuse.

Ce fait a été particulièrement frappant dans l'observation I. Jamais cette malade n'avait été enrhumée; elle avait traversé l'épidémie de grippe de 1889 avec quelques heures de fièvre et une laryngite qui avait guéri spontanément en trois jours. Autour d'elle, les siens étaient enrhumés sans qu'elle le devînt elle-même. Dès le début, cette bronchite légère lui parut de mauvais augure, et de fait rien ne put en arrêter l'évolution; jusqu'au dernier jour, elle toussa.

Cette bronchite, sauf pour l'observation III, resta cantonnée aux grosses bronches. C'était un petit catarrhe laryngo-trachéal descendant à peine aux premières divisions bronchiques.

Existait-il chez ces malades une affection rénale : rein sénile, rein kystique, rein contracté, artérite rénale, etc.? J'ai fait analyser les urines de trois malades : il n'y avait pas trace d'albumine ni de sucre; la proportion des substances excrémentitielles était ordinaire, le volume des urines normal. Malgré que mon attention fût mise en éveil de ce côté, je n'ai rien pu trouver, au moins dans trois cas.

Je n'ai pu m'occuper de rechercher la toxicité urinaire.

Une seule de mes malades a souffert de la vessie.

Je n'ai rien pu trouver également qui me fasse penser à une intoxication d'origine gastro-intestinale ou gastro-hépatique.

Avant l'apparition de la bronchite, chez la première malade, il y avait eu quelques hallucinations; chez les autres, la bronchite précède les troubles psychiques, qui s'aggravent avec elle ou avec des accidents d'artérite sénile et d'accidents gangréneux consécutifs (obs. IV).

Les malades deviennent très inquiètes (obs. II) ou irritables (obs. III). Des hallucinations de la vue (obs. I), d'abord vagues, mal définies, des cercles brillants, des lueurs apparaissent, que la malade met sur le compte d'une inflammation de l'œil. Ces hallucinations vagues se précisent, ce sont des personnes qui s'assoient à côté des malades, à une autre extrémité de la chambre (obs. I et IV), ou bien elles commencent à suspecter l'attitude des personnes qui les entourent (obs. II et III), les observent, les surveillent pour surprendre leurs mauvais desseins. On voit que nos observations sont conformes à ce qu'a établi M. A. Ritti, dans la forme du délire de persécution (p. 29 du rapport). Dans l'observation II, il semble qu'il y ait un mélange de délire de persécution et de folie instinctive; le délire de persécution est, au contraire, nettement dessiné chez le n° III.

Peu à peu l'excitation augmente : elles deviennent colères, brutales, impitoyables pour les membres de la famille qui leur prodiguent leurs tendres soins (obs. II et III).

A des personnages isolés, l'hallucination de la vue ne tarde pas à joindre des groupes plus ou moins nombreux, une procession de personnages lugubres qui entourent le lit. Ils sont dans un costume, ils prennent des attitudes que la malade ne

saurait décrire, qu'elle se refuse à faire connaître tellement ils sont odieux (obs. I); ou bien ces personnages existent en réalité, mais ils prennent des postures, ils tiennent un langage abominables. Ce sont des mots obscènes tenus par un fils devant sa mère, qui se plaint de tentatives faites par ce fils pour coucher avec elle; sa fille accueille d'un rire approbatif les confidences de son frère. Aussi refuse-t-elle de les voir; elle repousse les témoignages d'affection et de respect de ses enfants, qu'elle afflige par ces accusations mensongères (obs. II). Le caractère érotique peut affecter une autre forme (obs. IV). C'est une vieille fille, d'une tenue et d'une réserve exemplaires, parfaitement élevée, qui a de véritables attaques de délire pendant lesquelles elle réclame un homme à cor et à cri; elle sollicite de sa garde de l'entretenir de conversations égrillardes et, néanmoins, il lui reste assez de conscience pour taire ces propos devant un de ses parents dont elle craint les réprimandes. Si dans l'observation V le trouble mental a un caractère moins érotique, puisque la malade se contente de chansons d'un caractère léger, frisant l'obscénité, chez la malade de l'observation VI il se produit une véritable fureur de nymphomanie poussée très loin.

Dans un cas, ce caractère d'érotisme ne nous a pas été signalé : c'est un langage grossier, le délire de persécution, qui remplacent ces idées érotiques (obs. III).

Après avoir caractérisé le délire des malades, il importe d'insister sur le calme, la raison qu'elles présentaient en dehors de leurs accès. Elles avaient assez d'empire sur elles-mêmes pour s'abstenir devant certaines personnes. Les médecins, les gardes-malades deviennent leurs confidents préférés.

Vers la fin de la vie, le délire s'affaiblit, diminue, tend même à disparaître. C'est ce qui est arrivé chez les malades nos I et III.

Ce délire survenant dans le courant d'une maladie aiguë est d'un fâcheux pronostic. Les malades elles-mêmes ont conscience que leur fin est proche.

Dès le début de l'affection bronchique, les malades nos I, II, III et V ne doutèrent pas que cette maladie devait les emporter et que les efforts de la médecine seraient inutiles.

Plus que je ne l'ai fait ressortir dans le corps des observa-

tions, les malades auxquelles j'ai fait allusion m'ont souvent rappelé qu'elles ne résisteraient pas au mal qui venait de les frapper et alors qu'il m'avait été si facile autrefois de leur suggérer une confiance absolue dans la bonne issue de leur maladie.

C'est là un point que M. A. Ritti n'a pas relevé dans son rapport, sans doute qu'il n'avait pas l'importance que je lui ai donnée.

Il appartient à de plus compétents que moi de voir quel rapprochement il comporte de faire entre cet état mental des vieillards et divers autres troubles intellectuels séniles, et comment doivent être classées les diverses observations que j'ai recueillies.

Conclusions. — Les conclusions suivantes me paraissent découler des faits exposés :

1° Il existe chez les vieillards du sexe féminin des troubles psychiques dont les caractères sont encore mal définis.

2° Ces troubles peuvent se montrer chez des vieillards que ni l'hérédité ni des troubles nerveux antérieurs ne prédisposaient à ces accidents.

3° Ils se montrent après de vives émotions morales, après une affection aiguë ou une affection chronique repassée à l'état aigu, surtout une maladie des voies respiratoires chez des malades qui étaient déjà atteintes de divers états morbides : rhumatisme articulaire chronique, névralgies, dyspepsie, douleurs vésicales, artérite sénile.

4° Le délire est caractérisé par des hallucinations de la vue : cercles lumineux, personnages muets, isolés ou en procession, attitudes, gestes indécents; quelquefois les malades se croient l'objet de tentatives de viol, réclament dans un accès de délire l'approche d'un homme, chantent des chansons obscènes, se livrent à des actes de nymphomanie ou bien elles deviennent grossières et sont atteintes de délire de persécution.

5° Ce délire alterne et se mêle avec un état de pleine conscience; il diminue ou disparaît dans les derniers jours de la vie.

6° Les malades ont conscience de la gravité de leur état et annoncent leur fin très prochaine; tous les cas que j'ai obser-

vés se sont terminés par la mort dans une période assez courte, de deux mois à six mois.

M. DELCURROU. — **Réflexions sur la médecine légale des aliénés à propos du Rapport de M. Ritti.**

Dans son très remarquable rapport, le Dr Ant. Ritti vient de nous entretenir de l'un des problèmes les plus intéressants de l'aliénation mentale, l'un de ceux qui sont le plus fréquemment soumis à l'appréciation des magistrats.

A ce titre, je me permets — en m'excusant d'une intervention qui peut paraître indiscrète ou téméraire — de féliciter le savant rapporteur d'avoir éclairé d'un jour nouveau les diverses formes de la folie chez les vieillards, et aussi de le remercier de me prêter main forte contre nos Codes avec lesquels je tiens à vider une vieille querelle.

Vous connaissez tous, Messieurs, cette trilogie classique : « imbécillité, démence, fureur », dans laquelle le Code civil (art. 489) a pour ainsi dire emprisonné la conscience du juge.

Vous avez toujours protesté contre l'interprétation étroite donnée à ce texte par des commentateurs autorisés. Dans un récent arrêt, la Cour de Bordeaux, Chambres réunies, vous a donné satisfaction.

« Attendu, dit-elle, que l'article 489 n'a pas restreint les causes de l'interdiction aux seules formes de la folie comprises sous les anciennes dénominations ou classifications d'*imbécillité*, de *démence* ou de *fureur;* que la règle posée par ce texte doit s'étendre à toutes les formes de l'insanité d'esprit, quels que soient les noms que la science médicale leur applique ou leur attribue. »

Je ne garantis pas que notre jurisprudence fera cesser les controverses : l'orthodoxie classique est tenace et ne désarme pas facilement.

Mais puisque la « démence » comparaît aujourd'hui devant ses juges naturels avec le cortège respectable des « psychoses », qui sont sans doute ses succédanés ou ses collatéraux, réguliers et irréguliers, me sera-t-il permis de vous demander que ce vieux client de la justice ne se présente plus devant les tribunaux sous de faux noms et de fausses qualités?

Je voudrais que son état civil fût définitivement établi. Je

voudrais qu'en cette matière, l'expertise médicale ne servît plus de thème à des disputes de mots, lesquelles engendrent la confusion des idées.

L'expérience apprend à se défier des mots; car le mot, comme la langue, est ce qu'il y a de meilleur ou de pire. S'il est l'outil de la science, il est aussi la source des préjugés et, comme l'a dit Bacon, « le fabricant des idoles ».

Dans la spécialité de la médecine mentale, que sont devenus, que deviendront ces mots « à bonne fortune », ingénieux autant que vides, dont on a trop abusé, dont on abuse encore avec trop de complaisance ou d'étourderie?

Certains souvenirs de ma carrière m'ont rendu exigeant à cet endroit. En 1874, dans un débat mémorable, des aliénistes de vieille expérience prédisaient déjà à Legrand du Saulle l'échec devant la justice de l'« épilepsie larvée », maladie très larvée, en effet, puisque en moins de vingt ans, après diverses métamorphoses, je la retrouve dans ce Congrès se dissimulant sous les formes vaporeuses ou métaphysiques de « l'épilepsie mentale » et des « équivalents ».

Faut-il prévoir le même destin pour toutes ces prétendues folies que l'on cherche à accréditer sous le vocable maintenant à la mode de *dégénérescence,* notion bien vague, dit l'un de vos maîtres, à laquelle on revient trop volontiers « pour classer les cas inclassables »?

Ne faut-il pas le souhaiter surtout pour cette doctrine, dite de la *virtualité,* qui crée une sorte de vocation à la folie, à tous les genres de folies, depuis la folie des instincts, groupe grossier et rudimentaire, jusqu'à la folie « des aberrations » ou « folie morale », groupe plus civilisé qui engloberait dans une mêlée confuse toute l'espèce humaine, depuis le type déclaré jusqu'au simple candidat?

Messieurs, lorsque je viens parmi vous, sous les auspices d'une alliance qui fait ici ses preuves, dénoncer franchement l'insuffisance de notre législation en matière de folie, j'ai le devoir de vous mettre en garde contre l'emploi inconsidéré de certains mots qui déguisent des théories hasardeuses ou peut-être de dangereuses utopies.

Au point culminant où votre science est parvenue, classer une maladie mentale, c'est la découvrir.

Pourquoi donc s'abuser, sous prétexte de science, avec des mots dépourvus d'autorité scientifique, puisqu'ils ne correspondent à aucune vérité incontestée?

Combien, au contraire, sont prudentes et sages les études de vos deux rapporteurs!

M. le Dr Ant. Ritti nous initie à toutes les découvertes qui, depuis Pinel et Esquirol, se sont accumulées dans l'observation des maladies mentales nées de la vieillesse ou *dans* la vieillesse. Par une méthode rigoureuse et très intelligible, il établit la démarcation entre la démence sénile, avec son individualité propre, et le groupe indépendant des psychoses, dont il détermine les causes, les symptômes et les évolutions.

Enfin, lorsqu'il traite la question de médecine légale, le savant clinicien trace à l'expert légiste des règles de conduite d'une haute portée.

J'ai retrouvé les mêmes préceptes empreints de la même sagesse dans le rapport de M. le Dr Parant.

Leurs conseils sont ceux de praticiens sans parti pris, qui savent se dégager des exagérations et des entraînements de la spécialisation. Ils ont compris que le rôle du médecin aliéniste, chargé d'éclairer le juge et de préparer sa décision, n'est pas un rôle spéculatif, qu'il exige beaucoup de circonspection, de sagacité et de mesure. Le problème de la folie devant les tribunaux est avant tout un problème de psychologie pratique.

Qu'il s'agisse de responsabilité pénale ou de capacité civile, l'étude de l'aliéné n'est, en définitive, que l'étude de la double nature de l'homme et des influences mutuelles que le corps et l'esprit exercent l'un sur l'autre. Problème délicat, Messieurs, problème souvent obscur et dont l'examen impose aux magistrats et aux experts de graves devoirs, qu'il importe de préciser brièvement.

Ce n'est pas seulement parce qu'ils recherchent la même vérité judiciaire, avec un égal sentiment de sa grandeur et un même souci de son autorité, c'est aussi parce que, dans la complexité des facteurs du libre arbitre, beaucoup restent de simples phénomènes d'observation et de comparaison; c'est, enfin, parce que la raison scientifique déborde sur le domaine de la raison juridique, que l'aliéniste doit tendre à s'identifier au magistrat. Entre eux la confiance doit être réciproque et

complète. C'est à fortifier cette confiance qu'il faut désormais nous appliquer.

Pour ma part, je m'honore, Messieurs, d'être resté invariablement fidèle à la science mentale, dont je salue avec fierté les conquêtes grandissantes et, ici même, ses représentants les plus distingués.

Initié à vos travaux, au début de ma carrière, par des maîtres respectés, les Drs Foville, Marchant, Auzouy et Lafite, qui furent pour moi des collaborateurs aussi sages qu'utiles dans l'exercice redoutable de l'action publique, je me félicite d'avoir rencontré à Bordeaux des affinités et des sympathies non moins précieuses auprès d'autres savants de grand renom. Qu'ils m'excusent de taire leur nom, l'amitié se plait à être discrète.

Éclairée par vos découvertes, instruite par vos livres, sûre d'ailleurs de votre probité scientifique, la magistrature ne saurait désormais vous méconnaître; elle recherchera de plus en plus vos avis, parce que votre compétence lui inspire une foi sincère.

Elle n'ignore pas que la science de nos aliénistes français, cultivée par des esprits supérieurs, repose sur un ensemble d'observations empruntées à deux sciences dont les progrès contribuent puissamment à la gloire de ce siècle : la physiologie et la psychologie expérimentale.

La magistrature, qui sait tout cela et qui constate l'insuffisance de la préparation des générations actuelles sur ces graves questions, voudrait que l'étude de la folie, considérée dans ses rapports avec la législation pénale et civile, fût désormais organisée dans les Facultés de Droit. Cet enseignement compléterait très utilement la réforme qui a été réclamée ce matin par M. le professeur Joffroy, dans un discours dont l'autorité s'est fortifiée de vos applaudissements unanimes et qui ne manquera pas d'impressionner les pouvoirs publics.

La magistrature ne se borne pas à vous témoigner de l'estime. Elle enregistre vos solutions dans ses arrêts.

Vous l'avez vue admettre hardiment « la folie systématisée » et « la responsabilité limitée ».

L'intervalle lucide, ce fameux « jour entre deux nuits », devant lequel les disciples de Daguesseau s'inclinaient pieuse-

ment les yeux fermés, nous paraît, comme à vous, un sujet d'hésitation et d'inquiétude.

Nous attendons impatiemment la réforme de la loi de 1838, disposés à partager avec vous les devoirs et les responsabilités de son application. Enfin, avec le Dr Roussel, l'apôtre vénéré de tant de bonnes lois sociales, avec l'éminent Directeur général de l'Assistance publique, nous réclamons une législation spéciale pour les aliénés criminels, que nous sommes affligés de voir traités comme des criminels de droit commun.

Il est vrai, la magistrature autant que jadis se plaît à répéter ce vieux mot dont la magie vient peut-être de sa résonance : « C'est à la raison de juger la folie. »

Mais elle est de son temps et vous n'aurez plus à observer chez elle une prédisposition héréditaire à l'auto-suggestion d'infaillibilité. Depuis longtemps, elle a réglé sa conduite selon les préceptes de ses réformateurs.

Combien à cette heure serait imméritée et hors de saison la remontrance que M. le Président Sacaze adressait, en 1851, aux tribunaux, lorsqu'il écrivait : « S'agit-il de la plus obscure et de la plus impénétrable des maladies, s'agit-il de juger — tâche si délicate même pour le médecin spécialiste — les symptômes d'une raison égarée, les magistrats sont portés à écouter leur opinion personnelle, à interroger eux-mêmes, sans s'appuyer sur aucune donnée scientifique, à examiner les faits offerts en preuve et à tirer de leur examen des conclusions que la science n'a pas préparées. »

Non, Messieurs, la magistrature actuelle n'affecte aucun dédain, aucune méfiance à l'égard de l'expertise.

L'expertise est maintenant de pratique constante ; elle fonctionne normalement. Pourquoi ne serait-elle pas déclarée obligatoire par la loi, au même titre que l'interrogatoire lorsqu'il s'agit d'interdiction et la vérification d'écritures lorsqu'une pièce est argüée de faux?

Le Congrès ne pourrait-il émettre ce vœu ? Il aurait quelque chance d'aboutir, s'il est vrai, comme on l'assure, que les docteurs sont très écoutés partout..., même au Parlement.

Déjà le Corps médical a triomphé avec la loi du 30 novembre 1892. En déléguant aux Cours d'Appel la mission de conférer le titre d'expert à une élite, le législateur a entendu

rehausser l'autorité des expertises et rendre plus confiants et plus étroits dans l'avenir les rapports de la science et de la justice.

Cette confiance, Messieurs, pour être féconde et durable, exige de part et d'autre la foi dans la même cause, la solidarité vers le même but.

Je m'explique : d'une part, la science ne saurait prétendre subordonner le juge à l'expert; d'autre part, il ne faut pas que l'expert s'érige en réformateur ou destructeur de l'idée de justice, telle qu'elle est conçue par la conscience publique, telle qu'elle est instituée par nos lois, telle qu'elle est comprise devant les tribunaux.

Si les aliénés — les vrais aliénés — méritent qu'on s'intéresse à eux, la société mérite aussi qu'on ne se désintéresse pas de sa cause, que tendent à compromettre trop de doctrines dissolvantes. La magistrature a été établie pour sa défense; elle n'entend pas abdiquer au moment où la tempête gronde, où les signes destructeurs s'amoncellent à l'horizon.

Comment ne serait-elle pas alarmée des obstacles qu'on suscite tous les jours à l'action de la justice, de la tendance de certaines Écoles à supprimer ou à restreindre la responsabilité pénale?

Quel est, je vous le demande, le critérium scientifique qui permet de reconnaître l'absence du libre arbitre? La science a-t-elle pu déterminer avec certitude la ligne invisible où la folie commence et où elle finit?

L'homme n'est pas soumis seulement aux lois fatales de l'organisme. Être raisonnable et libre, il porte dans sa conscience cet impératif catégorique qui s'appelle l'*observation de la loi morale* ou simplement le *devoir*. Celui-ci commande par lui-même et il donne à la volonté une règle fixe et obligatoire, aussi certaine que si elle était dictée par la science. N'affaiblissons jamais cette certitude ou cette croyance dans l'exercice de nos ministères. Par son caractère même, la loi morale est seule de force à résister à la cohue des instincts, des désirs et des passions.

M. E. RÉGIS. — Le délire de rêve chez le vieillard.

J'ai observé récemment deux cas de psychose chez des vieillards, où le délire avait une origine particulière. Je crois intéressant de les rapporter sommairement ici.

Obs. I. — L'un de ces vieillards, âgé aujourd'hui de quatre-vingt-sept ans, est un homme d'une intelligence remarquable, mais peu pratique, un utopiste qui s'est ruiné dans les affaires et l'industrie. Il appartient à une famille de cérébraux et de nerveux.

A l'âge de cinquante ans, M. X... a été atteint d'une cataracte double. Opéré d'un œil à soixante-seize ans, il recouvra temporairement la vue; mais on dut, sept ans après, pratiquer une nouvelle opération qui, cette fois, ne réussit pas. Aujourd'hui, la cécité est absolue.

Après la deuxième opération, le malade fut pris d'une fluxion de poitrine grave qui s'accompagna de délire avec agitation et, l'année suivante, d'une nouvelle fluxion de poitrine avec délire moins intense.

Déjà, depuis quelque temps, M. X... commençait à « rêver tout éveillé ». Au début, il s'entretenait gaîment de ce qui avait ainsi germé dans son esprit, sachant parfaitement quelle en était l'origine, et quand il hésitait à distinguer l'imaginaire du réel, il consultait les siens et s'en rapportait à eux. Mais lorsqu'il fut devenu tout à fait aveugle et incapable de s'occuper et de réagir, il attacha une importance de plus en plus grande à ses songes. Et comme ceux-ci avaient toujours un caractère agréable et que ses ambitions les plus chimériques s'y trouvaient réalisées pour ainsi dire à souhait, il ne tarda pas à se complaire dans ces rêveries, ennuyé quand on l'en tirait, cherchant de lui-même à s'y replonger et se fâchant quand on lui en démontrait l'inanité. Il en est venu, par degrés, à se créer une vie factice, idéale, à côté de la brutale vie réelle, dédoublé en quelque sorte à la façon d'une hystérique qui se réfugierait dans les satisfactions artificielles de son état second pour échapper aux ennuis de son état normal.

Spontanément, la rêverie se produit chez lui le soir, avant le sommeil complet, mais surtout le matin, au réveil. Aussi ne se lève-t-il qu'à midi, désireux de prolonger autant que possible la durée de son illusion. La rêverie se produit encore dans la journée, soit après les repas, soit à un moment quelconque, mais alors volontairement provoquée, au moins en partie. Dans cet état, M. X... ne dort pas, mais il n'est pas non plus complètement éveillé. Il a les yeux fermés, comme un homme qui se recueille et se concentre tout entier dans sa vision intérieure. Il garde l'immobilité. Ses traits expriment la satisfaction. Il est, en un mot, comme en extase, c'est à dire dans l'état hypnagogique ou onirique. Lui-même appelle cela *son sommeil éveillé*.

Ce sommeil éveillé, qui survient comme on l'a vu dans les mêmes conditions que tous les états oniriques et qui, comme eux, peut se suspendre par un effort de volonté ou sous l'influence d'une brusque appel-

lation, en présente aussi tous les caractères. Il se compose, en effet, chez M. X..., du mélange de la réalité actuelle ou passée à l'erreur, d'illusions sensorielles, de scènes et de tableaux vécus. Voici, du reste, quel en est le thème ordinaire, d'après le récit de sa fille, que je me borne à transcrire textuellement :

« Tous les soirs, jusqu'à minuit, il entend un concert donné sous ses fenêtres par tous les oiseaux réunis et il y distingue parfaitement le chant du rossignol, celui de la fauvette, du pinson, du merle, etc. Ce concert recommence tous les matins et le nombre des exécutants est incalculable, puisque tous les oiseaux du monde entier se donnent rendez-vous dans le jardin. Le côté vrai (car il y a toujours quelque chose de vrai dans ce qu'il dit), c'est que des rossignols chantent réellement sous ses fenêtres; mais il soutient qu'il y a des milliers d'oiseaux qui se réunissent en son honneur et il les entend réellement. Il en est arrivé à se faire une vie factice, qu'il crée aussi agréable que possible : il n'a pas le sou, il possède des millions et des palais; il adore la musique dont il est privé, tous les oiseaux de la création viennent lui donner des concerts splendides.

» Sa petite propriété contient, dit-il, des richesses considérables. Le puits communique à des gisements de houille d'une étendue immense. Il y a quelque temps, il a entendu une détonation épouvantable provoquée par le grisou. Le vivier est formé par des sources thermales qui guérissent infailliblement les maladies de peau et ont une vertu toute spéciale contre l'éléphantiasis. Rien qu'à s'y plonger trois fois, on est guéri radicalement.

» Il annonce comme réelles des nouvelles politiques ou sociales, des changements de ministère et de gouvernement tirés de ses songes. Il soutient, par exemple, qu'aujourd'hui nous avons un roi et qu'Élisée Reclus est ministre des finances, qu'on a fusillé tous les prêtres, etc. Il participe activement lui-même à la politique du pays et il lui est arrivé souvent de répondre avec humeur, quand on l'arrachait à sa vie intérieure : « Laisse-moi donc, j'étais en colloque avec Élisée Reclus », ou bien : « Je suis à la Chambre, à la tribune, je termine un discours. »

Mais le sujet le plus habituel de ses rêves, c'est sa cécité. Il s'est créé à cet égard une sorte de thème systématisé que voici, en substance :

Un certain docteur lord N..., obligé dans son jeune âge de quitter l'Écosse à la suite d'un duel dans lequel il avait tué un lord de l'Amirauté, vint en France et fut présenté dans sa famille. Homme charmant et excellent médecin, il guérit son frère, puis le beau-père de son frère, puis la femme d'un cocher atteinte du « mal de l'homme » et qui devint après sa maîtresse, du consentement du mari. Il eut de cette femme quatre enfants, tous grands médecins, dont l'un fut célèbre au temps de Napoléon, sous le nom de *Docteur Noir.* C'est tantôt ce docteur, lord N..., tantôt sa femme, tantôt l'un de ses fils qui surgissent dans ses rêves, lui annonçant chaque jour qu'ils vont venir pour lui rendre la vue. Ils lui ont expliqué que sa cécité était due à la présence d'insectes, les *culbutants,* qui agissent en fixant la poussière de l'ambiant

sur la cornée. Lord N... et Élisée Reclus sont les personnages principaux de ces scènes ; il les voit, les entend, s'entretient avec eux, leur répond même à haute voix.

Tel est l'état d'esprit de M. X.... Or, peu à peu l'influence de sa vie seconde s'est étendue à sa vie normale, si bien que tout en sachant qu'il s'agit là des fictions de son sommeil éveillé, il en est venu à en parler constamment et à y croire.

« Il y croit, dit sa fille, parce que ces fictions sont pour lui bien plus agréables que la réalité. Il ne veut pas être détrompé et se fâche tout de bon quand on lui prouve qu'il est dans l'erreur. Il se trouve très heureux ainsi et nous respectons cet état d'esprit qui, en somme, est un bienfait pour lui. Il y a pourtant un côté fâcheux à cela : c'est qu'il prend en grippe les personnes dont il a eu à se plaindre dans ses rêves et ne veut plus les voir ni même entendre prononcer leur nom (1). C'est ainsi qu'il renie son fils aîné qui, d'après lui, n'est pas son fils, mais un imposteur qui veut accaparer tous les trésors qu'il possède dans l'Amérique du Sud. L'an dernier, il nous a mis à la porte, parce que nous voulions, disait-il, recevoir des voisins qu'il soupçonnait de chercher à nous convertir au catholicisme. »

Il est donc évident que les rêves de M. X... ont par degrés retenti sur sa vie réelle, y déterminant en fin de compte des idées de grandeur et de persécution, des perversions affectives, de l'irritabilité, de la violence. Mais ces troubles ont cela de particulier qu'ils ne sont pas constants. « En dehors de ses rêves, dit sa fille, il a toute sa lucidité d'esprit, causant d'une façon intéressante quand il veut bien ne pas mêler l'imaginaire au réel. »

Point important à signaler, le malade, malgré son grand âge et son désordre mental, n'a pas, à proprement parler, d'affaiblissement intellectuel ni de diminution de la mémoire, même pour les faits récents.

Obs. II. — La seconde malade que j'ai observée est une dame de soixante-seize ans, arthritique, rhumatisante, avec maladie de Dupuytren très marquée (rétraction de l'aponévrose palmaire) qui, il y a quinze ans, fut atteinte d'un accès classique de lypémanie anxieuse, dont elle guérit assez rapidement.

Depuis cette époque, cette dame avait repris sa vie habituelle, s'occupant de bonnes œuvres et de charité, dans un état mental parfait.

Au mois d'avril dernier, à la suite de fatigues un peu excessives, mais surtout d'ennuis avec sa domestique qui s'ingéniait à la tyranniser, voire même à la menacer, elle fut prise d'un nouvel accès mélancolique à peu près semblable au premier. Dominée par des idées de culpabilité imagi-

(1) M. Pitres a, dans des travaux récents, notamment dans une communication au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Clermont-Ferrand (1894) fait ressortir l'influence des rêves sur la production de certains phénomènes morbides, en particulier des sympathies et des antipathies sans motif, chez les hystériques, et la possibilité de recourir au même moyen (rêves suggérés) pour modifier favorablement leur état pathologique.

naire, elle se considérait comme une malheureuse, disant qu'elle n'avait pas fait assez de bien aux pauvres, qu'elle avait trop dépensé, qu'elle allait tomber dans la ruine et y entraîner les siens. Ayant un jour communié aux côtés d'une personne de la localité réputée pour sa méchanceté et portant, comme on dit, le diable en elle, elle crut que cette femme lui avait jeté un sort, qu'elle était possédée, qu'elle n'était plus digne de communier, d'aller à la messe, de faire sa prière, etc.

C'était là, en somme, un état mélancolique type, avec les idées délirantes habituelles à la lypémanie (culpabilité imaginaire, indignité, possession, ruine), le tout accompagné d'anxiété, de peur de sortir, etc. Les fonctions organiques et l'état général étaient restés satisfaisants, à part un certain degré d'amaigrissement.

Mais, ce qui ne s'était pas produit lors de l'accès précédent et qui constituait cette fois une particularité assez sérieuse, c'est l'intervention du sommeil et des rêves, et leur action sur l'état mental de la malade. Depuis le début de son accès, elle faisait des rêves pénibles. Ces rêves lui représentaient surtout des émeutes populaires se tournant contre elle et sa famille, des scènes de désordre où des bandes de forcenés, menaçants et poussant des cris, venaient saccager, piller, brûler sa maison, l'outrager et la torturer, ainsi que les siens.

Or, ces rêves avaient lieu dans le demi-sommeil, c'est à dire dans l'état hypnagogique, surtout le matin et, retentissant à l'excès sur l'esprit déjà frappé de la malade, y déterminaient, malgré la conscience de leur origine onirique, une impression profonde et finalement une anxiété des plus vives. Tout d'abord, Mme X... annonçait que la manifestation publique devait avoir lieu le 1er mai, redoutant en rêve la date la plus favorable à la réalisation de ses craintes. Puis, le 1er mai étant passé sans incident, ce fut le 12 et ainsi de suite, l'échéance de l'événement se reculant de plus en plus.

Pendant la matinée, la malade était dans un état particulier, tenant du sommeil et de la veille, état dans lequel elle vivait réellement son rêve. Aussi était-elle alors particulièrement anxieuse. Cela durait jusqu'à midi. A dater de ce moment, complètement sortie de sa période de transition hypnagogique, elle reconnaissait que ses appréhensions n'étaient nées que dans ses rêves et devenait plus calme, mais elle persistait à affirmer que ses songes pouvaient bien être des présages et lui annoncer ce qui allait advenir. Ce n'était plus la foi de la conviction, mais l'hésitation du doute ou plutôt l'obstination de l'erreur.

Sous l'influence d'un changement de milieu et d'un traitement approprié, Mme X... ne tarda pas à s'améliorer. Son sommeil devint peu à peu plus calme et ses rêves perdirent leur caractère terrifiant pour prendre l'allure des rêves ordinaires, empreints de la plus indifférente banalité. D'autre part, ses conceptions délirantes mélancoliques s'atténuèrent aussi, quoique plus lentement, puis enfin disparurent, si bien qu'aujourd'hui Mme X... est radicalement guérie de son accès depuis plus d'un mois. Elle n'a présenté à aucun moment le moindre signe d'affaiblissement mental.

Les deux observations que je viens de résumer montrent que le délire peut, dans certains cas, chez le vieillard, provenir du rêve. Le fait est d'autant plus intéressant que je ne l'ai trouvé signalé dans aucun des mémoires spécialement consacrés aux psychoses de la vieillesse ni dans ceux qui ont pour objet l'étude des rêves. Krafft-Ebing seul, cité par M. Chaslin dans son excellente thèse, dit incidemment que « ce mode de production du délire a lieu surtout dans les cas d'affaiblissement psychique, tel que la démence sénile, par exemple » (1).

Cette genèse délirante n'a rien au fond qui doive étonner, si l'on songe à la facilité avec laquelle le vieillard se laisse aller à la somnolence si favorable aux rêveries et combien souvent même il la recherche et s'y complaît. La séparation entre le sommeil et la veille n'est plus, chez lui, aussi tranchée ni aussi prompte que chez l'adulte; pour un rien, il tombe dans la songerie; pour un rien aussi il en sort, mais incomplètement, demeurant dans un état d'assoupissement qui ne lui permet pas de discerner avec une entière netteté le vrai du faux. On conçoit donc, *a priori*, que l'origine hypnagogique ou onirique du délire chez les vieillards doive être relativement fréquente et je regrette que ce point n'ait pas attiré l'attention de M. Ant. Ritti dans son rapport d'une si lumineuse condensation.

Mais il ne suffit pas de constater le fait, il faut aussi en indiquer les caractères et la portée, autant du moins que le permet une observation limitée à deux cas.

Or, ce que nous voyons par ces deux exemples, c'est que le délire des vieillards issu du rêve se sépare par bien des points du délire vésanique similaire. Non seulement, en effet, il en diffère par son origine, ses moments d'apparition, son aspect clinique, mais encore par des caractères qui lui sont propres. C'est ainsi que le sujet a presque toujours, quoi qu'il fasse, conscience qu'il s'agit là d'un rêve, c'est à dire d'une fiction et que, même lorsque sa conviction est entamée, elle ne l'est pas d'une façon absolue. Ce n'est que durant les périodes hypnagogiques proprement dites ou dans les heures de

(1) Ph. Chaslin. — *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire*, th. de Paris, 1887.

transition qui les suivent qu'il est vraiment dupe ou embarrassé de faire la distinction. Le cas de notre premier malade est caractéristique à cet égard, et sa façon d'être, son attitude, ses retours au sentiment réel des choses, ses emportements quand on le tire de la rêverie où il se complaît, sa lucidité dans l'intervalle, tout cela indique bien qu'au fond il n'a pas la croyance absolue en ses divagations.

Non seulement, d'ailleurs, le délire d'origine onirique chez le vieillard ne paraît pas pénétrer absolument l'intimité de l'être psychique; mais encore, quand il coexiste avec un délire vésanique, comme chez notre seconde malade, il ne s'identifie pas absolument à lui et en reste distinct.

Nous avons vu, en effet, que chez Mme X... le délire onirique et le délire mélancolique ont évolué séparément; le premier, né dans le rêve du matin et formé de présages terrifiants, n'entraînant la conviction et l'angoisse que durant la seule période de réveil et disparaissant d'abord avec le retour du sommeil et des rêves ordinaires; le second, composé des idées morbides habituelles, se présentant sous sa forme continue, tenace, durable et ne cessant qu'à la fin, comme signal de la guérison.

Il semble donc que le délire d'origine onirique et le délire vésanique soient de nature différente et qu'ils puissent coexister sans se confondre. Cela viendrait, du reste, à l'appui de cette opinion, qui est la mienne, que le délire onirique ou de rêve, délire habituel des intoxications et des infections, est un délire, à certains points de vue, spécial.

Un dernier fait à signaler. Krafft-Ebing indique, comme nous l'avons vu, le délire consécutif au rêve comme fréquent dans les cas d'*affaiblissement psychique,* tel que la *démence sénile*. Sa constatation chez des vieillards doit donc constituer un signe de démence au moins commençante, c'est à dire d'un pronostic fâcheux. C'est ainsi que je pensais moi-même après avoir observé mon premier malade, ce qui m'amena à faire des réserves sur la curabilité de la seconde. Or, cette malade, loin de tomber dans la démence a, au contraire, comme on l'a vu, parfaitement guéri. Il ne faut donc pas considérer l'origine onirique du délire chez les vieillards comme un indice absolu de démence ni comme un signe certain d'incurabilité.

M. H. MABILLE. — La folie chez les vieillards.

Dans un travail présenté au concours Aubanel, par mon collaborateur E. Lallemant et moi-même, et que la Société médico-psychologique a bien voulu récompenser, nous avons étudié la folie chez les vieillards (Concours Aubanel 1890).

Nous nous sommes, dans une première partie de notre travail, attaché à séparer d'une façon absolue tous les troubles mentaux des vieillards liés à des lésions circonscrites du cerveau. C'est là, à notre avis, un point essentiel; il en est un autre aussi, sur lequel nous n'avons cessé d'insister dans le cours de notre mémoire, tout aussi important, c'est la nécessité d'examiner le degré plus ou moins grand de l'intégrité de la mémoire ou de l'affaiblissement intellectuel. S'il en était autrement, on s'exposerait à imputer comme signe de la folie chez les vieillards des signes qui appartiennent à la démence plus ou moins accentuée.

Quoi qu'il en soit, permettez-moi, Messieurs, de résumer devant vous, à grands traits, les points principaux de notre travail.

Toutes les formes d'aliénation mentale, avons-nous dit, peuvent se rencontrer chez le vieillard.

L'affection rencontrée le plus souvent par nous chez les vieillards aliénés a été la mélancolie et plus particulièrement la mélancolie anxieuse.

Vient ensuite le délire, plus ou moins pur de tout mélange, le délire des persécutions, la manie franche survenant rarement.

Nous avons insisté surtout sur ce fait, c'est que la folie survient fréquemment chez les prédisposés héréditaires, à l'occasion de la vieillesse.

Il semble que les années viennent créer, à un moment donné, chez les individus entachés d'hérédité, comme un *locus minoris resistentiæ*, et que tel prédisposé qui aura échappé aux diverses périodes de la vie au naufrage des facultés, deviendra aliéné au déclin de l'existence; ou bien à l'occasion de la vieillesse reparaîtront des accès d'aliénation plus ou moins semblables à ceux qui ont éclaté de nombreuses

années auparavant, ou bien encore, chez certains vieillards, l'aliénation mentale surviendra par une sorte de fatalité inéluctable, à l'âge même qui a vu le développement de l'aliénation mentale chez les ascendants.

Ex.: Femme de soixante-un ans, traitée une première fois, à l'Asile, en 1861 et en 1864, à l'âge de trente-trois ans, entrée à nouveau à l'Asile, en 1889, pour un accès maniaque semblable aux premiers, mais cette fois incurable. Trois frères aliénés.

Ex.: Femme de soixante-sept ans. Hérédité homochrone et similaire. Sœur mélancolique, s'est tuée à l'âge de soixante-neuf ans; son frère, mélancolique, au même âge s'est fait écraser par un train. Atteinte elle-même dans sa vieillesse d'un accès de mélancolie avec idées de suicide dont elle a pu guérir.

Ex.: Femme de soixante-un ans. Atteinte de mélancolie anxieuse. Hérédité maternelle.

Ex.: Femme de soixante-six ans. Entrée pour lypémanie anxieuse. Une fille de la malade a été internée, vingt ans avant la mère, à l'Asile de Lafond.

Presque à chaque pas, dans notre travail, nous citions des observations de ce genre, si bien que nous pouvions presque nous demander si notre étude sur la folie des vieillards n'aurait pas dû prendre pour titre principal : *De l'influence de l'hérédité sur la production de la folie chez les vieillards.*

Cette notion, d'ailleurs, n'est pas nouvelle et il n'est pas rare de rencontrer, parmi les maîtres tels que Falret et Marc (*Traité de la folie*, 1840, p. 286), une opinion analogue clairement exprimée.

C'est ainsi que, dès 1822, Falret, dans son *Traité de l'hypochondrie et du suicide*, p. 8, a parfaitement décrit des troubles intellectuels similaires et homochrones, survenant dans la vieillesse chez des personnes comptant des aliénés parmi leurs ascendants.

Réveillé Parise (*Traité de la vieillesse*) et Luys (*Traité des maladies mentales*) ont exprimé aussi une opinion analogue lorsqu'ils affirment que la folie ne se rencontre dans la vieillesse que chez des personnes déjà atteintes d'accès antérieurs d'aliénation. Et M. Régis (in *Ann. médico-psychologiques*, 1887, p. 24), dans un travail sur la folie héréditaire chez les gens âgés, a parfaitement dépeint l'influence de l'hérédité, soit

similaire, soit homochrone, dans la production de la folie chez les vieillards.

La vieillesse n'est, en effet, le plus souvent que l'occasion d'un accès d'aliénation chez les héréditaires.

Le motif de l'invasion de la maladie est ordinairement futile; il semble que les années ont apporté avec elles un défaut d'énergie mentale qui rend incapables les personnes âgées et prédisposées de résister à une influence morale pénible quelle qu'elle soit et qui les eût laissées au-dessus de toute atteinte dans une période de leur vie moins avancée.

Une cause fortuite, un changement d'habitudes, un règlement d'affaires peu important suffisent à déterminer l'accès.

C'est ainsi que la mélancolie anxieuse débute chez nos vieillards, d'une façon brusque, sans motifs plausibles; or, un certain nombre de vieillards seulement deviennent mélancoliques anxieux. Nous nous trouvons forcé d'admettre une prédisposition spéciale pour la plupart d'entre eux, la vieillesse n'étant que l'occasion, le terrain propice, sur lequel se développe le germe d'une affection héréditaire.

La notion d'hérédité qui domine toute la pathologie générale, acquiert donc une importance toute particulière dans l'étude des psychoses de la vieillesse.

Un autre point dévéloppé longuement dans notre travail, c'est l'existence de lésions de l'appareil circulatoire chez les vieillards aliénés.

La grande majorité de ces malades étaient atteints d'affections bien nettes du cœur ou des vaisseaux.

Tantôt c'est un bruit répété à la base et au premier temps, tantôt un souffle à la base au deuxième temps qu'il est donné d'observer. Le malade a de l'insuffisance aortique avec ou sans rétrécissement; ou bien encore on entend un roulement diastolique, signe donné comme caractéristique de l'artério-sclérose. Les lésions mitrales nous ont paru plus rares.

Or, dans presque toutes nos observations, c'est le délire dépressif avec anxiété ou le délire mixte des persécutions avec brusques impulsions qui a existé le plus fréquemment et nous nous sommes demandé si les altérations du cœur et des vaisseaux ne jouent véritablement pas un rôle très important dans la folie chez les vieillards.

On sait, d'autre part, qu'on hérite des affections du cœur, de l'artério-sclérose (Huchard) et que le système veineux peut présenter à son tour des lésions de l'artério-sclérose (Spillmann).

On conçoit alors, disions-nous, qu'il peut se produire chez des aliénés âgés des troubles circulatoires de l'encéphale; il serait donc nécessaire de se demander si, à l'hérédité vésanique ordinaire, ne viendrait pas s'ajouter un élément autre, nous voulons parler de l'hérédité vasculaire. Il convient donc de rechercher si, parmi les aliénés séniles atteints de folie homochrone, les altérations vasculaires ne se rencontrent pas chez les ascendants aliénés. Ne sait-on pas, comme Bouchard l'a démontré, que les anévrysmes miliaires sont souvent héréditaires?

En fait, nous avons noté parfois l'existence de troubles cardiaques ou de morts par lésions cérébrales chez les ascendants de nos aliénés âgés. Ce que nous avons voulu démontrer, c'est la fréquence extrême des lésions cardio-vasculaires chez les vieillards aliénés. « Le pouls des vieillards est au cœur », comme l'a dit un maître. Et cette notion a été parfois la source d'indications utiles dans le traitement de nos aliénés séniles.

D'ailleurs, chez le vieillard aliéné, l'anxiété est certainement le symptôme le plus apparent et le plus fréquent.

L'anxiété, qu'on appelle aussi « angoisse intellectuelle », se rencontre chez les individus atteints de névrose cardiaque, chez des hystériques et dans un certain nombre d'affections nerveuses.

Et François-Franck, en irritant le nerf de la dixième paire, a bien démontré le lien qui unit l'anxiété aux affections névropathiques.

Mais quelle que soit l'origine de l'anxiété, il n'en résulte pas moins que, chez nos vieillards aliénés, l'anxiété reste exclusivement intellectuelle et qu'elle a des paroxysmes revenant pendant la nuit.

Il n'est pas moins intéressant de noter chez le plus grand nombre de nos séniles mélancoliques anxieux l'état pathologique du cœur et des artères.

Le point de départ de l'anxiété peut donc être, sans qu'on puisse le démontrer d'une façon absolue, un sentiment

d'angoisse précordiale comme cela se voit chez les aortiques. Et lorsque la sensation angoissante cardiaque a disparu, il peut très bien ne subsister que le phénomène psychique de l'anxiété. C'est alors seulement un phénomène purement intellectuel, et Brissaud affirme « qu'il n'est pas rare de voir débuter la mélancolie anxieuse par des paroxysmes de ce genre ». Et « c'est le propre d'un certain nombre de vésanies, comme le dit encore Brissaud, de prendre prétexte d'un trouble viscéral transitoire pour s'installer en permanence ».

Est-ce à dire que la mélancolie anxieuse des vieillards puisse se différencier facilement de la mélancolie des adultes? C'est la même crainte, c'est la même angoisse, ce sont les mêmes gémissements, les mêmes idées de culpabilité, ce sont les mèmes troubles de la sensibilité générale. C'est peut-être la tendance à une évolution plus rapide vers la démence; mais, comme chez l'adulte, cette mélancolie anxieuse peut guérir, ce qui revient à dire que les facultés ne sont pas irrémédiablement frappées par l'affaiblissement des facultés.

Fréquentes, en effet, sont les idées de négation chez les vieillards aliénés. C'est, d'ailleurs, chez les personnes âgées qu'il m'a été donné d'observer le plus fréquemment les idées de négation.

Ex. : Mme M..., entrée pour la deuxième fois à Lafond, en 1892, à l'âge de soixante-un ans. Père aliéné. Première séquestration en 1878. Excitation maniaque. Sortie, en 1880, comme guérie.

Cette fois, elle est anxieuse, on lui a enlevé ses fesses, elle est réduite à rien, n'a plus de squelette. La démence est imminente.

Ex. : Fille de soixante-deux ans, atteinte de paralysie infantile droite. Admise à l'Asile de Lafond en 1889. Anxiété la plus profonde, gémissements, refus des aliments. Peu après, idées de négation, semblables à celles des paralytiques généraux ; elle n'a plus de cœur, plus de bras, plus de jambes, plus d'estomac, elle est damnée. Morte en 1894, à la suite d'accidents cardiaques, sans que l'affection mentale se soit modifiée.

Je n'insisterai pas davantage, bien qu'il me soit facile de multiplier les exemples et je dirai, avec M. Séglas, que lorsque ces idées de négation surviennent chez les mélancoliques séniles anxieux, elles dénotent l'altération de la personnalité. Elles ne font donc pas fonction d'un délire spécial qui permettrait de reconnaître la « folie du vieillard », elles ne font qu'in-

diquer la transformation de la personnalité et les tendances à l'affaiblissement intellectuel.

Le délire des persécutions des vieillards présente-t-il des caractères absolument spéciaux?

Il est rare de trouver tout d'abord ce délire ayant une évolution comme chez l'adulte, et je me prends presque à douter qu'il existe fréquemment des cas types de délire des persécutions à évolution systématique progressive comme dans l'âge moins avancé.

Nous avons cependant, E. Lallemant et moi, dans notre travail, relevé quelques observations de ce genre. Dans ce cas, le délire des persécutions a évolué normalement et rien ne vient le différencier du délire des persécutions ordinaire.

Dans la majorité des cas, au contraire, on observe une évolution particulièrement rapide, et on pourrait parfois noter que les idées de persécution et de grandeur sont contemporaines.

On peut alors se demander, avec M. Magnan et ses élèves, s'il ne s'agit pas d'un délire survenant chez des héréditaires à l'occasion de la vieillesse et qui alors se comporte comme celui des adultes (délires contemporains), ou bien encore, comme nous l'avons recherché dans notre travail, si cette évolution plus rapide vers les idées de grandeur n'est pas l'indice d'un affaiblissement plus ou moins prononcé des facultés avec tendance à la désintégration intellectuelle.

Les vieillards persécutés ont, cependant, des idées délirantes qui se rencontrent moins fréquemment chez les aliénés plus jeunes.

On les vole, on les viole.

A l'un de nos malades, on volait ses biens; à un autre, ses cannes; à un autre, le balancier de sa pendule; à un autre, la plume de son édredon, la laine de son matelas, ses lapins.

En somme, idées presque toujours puériles de persécution, ressemblant à plus d'un titre à celles que nous avons notées dans notre travail, chez des aliénés à lésions circonscrites du cerveau.

En ce qui concerne les troubles de la sensibilité génitale chez les persécutés séniles, ils ne se différencient guère, si ce n'est par leur fréquence extrême, de ceux des persécutés

adultes et, d'ailleurs, nous les retrouverons dans la manie sénile, dans les observations qui ont trait aux circonscrits avec idées délirantes, et aussi chez des vieillards non aliénés dont les facultés ont subi une atteinte plus ou moins évidente. Il en est de même en ce qui concerne les hallucinations de la vue.

En sorte qu'arrivés au terme d'un long travail, basé sur des observations multiples, nous avons cru devoir, en 1890, E. Lallemant et moi, terminer notre étude par les conclusions suivantes auxquelles, pour ma part, je n'ai rien à changer :

1° Il n'y a pas une folie des vieillards, mais des formes diverses, des manières d'être de la folie chez les vieillards.

2° La manie franche est la forme la plus rare; elle surviendra souvent par accès à l'occasion de la vieillesse, la plupart du temps chez des prédisposés; elle se compliquera souvent d'idées de vol, de troubles génitaux et d'idées ambitieuses.

3° La mélancolie, qui revêt chez le vieillard presque toujours la forme anxieuse, avec ou sans idées de doute et de suicide, avec ou sans la croyance qu'on l'a volé, dépouillé, avec ou sans délire hypocondriaque absurde, avec ou sans idées de négation, est la forme la plus fréquente; elle aboutit fréquemment au suicide. Cette forme de mélancolie survient le plus souvent, chez les vieillards qui ont eu des accès antérieurs de mélancolie, qui comptent des aliénés dans leur famille, ou se manifeste au même âge que chez les ascendants. L'hérédité peut alors être homochrone et similaire.

4° Le délire des persécutions, pur de tout mélange, est relativement très rare chez le vieillard non dément. On y trouve généralement un mélange d'hallucinations de l'ouïe qui peuvent manquer, d'hallucinations de la vue, si rares chez le persécuté adulte, de troubles variés de la sensibilité générale et en particulier des troubles de la sensibilité génitale.

L'évolution du délire des persécutions vers les idées de grandeur paraît souvent très rapide, mais parfois aussi le délire des grandeurs ne s'observe pas ou bien ne se déclare qu'à une époque éloignée de la maladie. Chez le persécuté sénile, on retrouvera souvent la croyance qu'on l'a volé, dépouillé et l'anxiété des mélancoliques. En sorte que le persécuté vieillard réagira particulièrement contre ceux qui lui

volent ses biens, tandis que le persécuté adulte réagira surtout contre ceux qui l'hallucinent ou lui prennent sa pensée. De plus, les actes du sénile persécuté seront empreints très fréquemment d'une vraie puérilité, qui le portera quelquefois à énumérer docilement ses griefs sans réagir contre ses persécuteurs.

5° Il en résulte qu'en outre des idées de vol, de la défiance exagérée, qui sont, pour ainsi dire, l'exagération pathologique du caractère physiologique du vieillard, de l'anxiété, de l'aboulie, du délire hypocondriaque absurde, des idées de négation, plus fréquents chez les vieillards mélancoliques et de la marche irrégulière du délire sénile des persécutions, les caractères particuliers, lorsqu'ils se rencontrent, qu'on pourrait attribuer à la folie chez les vieillards sont précisément ceux qui sont le fait d'un affaiblissement plus ou moins apparent des facultés, bien que le malade ne soit pas en démence.

6° Cela paraît d'autant plus probable, que chez les vieillards à lésions circonscrites du cerveau ou atteints de démence sénile, on retrouvera les mêmes idées de vol, les mêmes actes avec une puérilité plus accentuée, mais ces idées délirantes seront le plus souvent incohérentes, diffuses, souvent transitoires, sans ressemblance avec la folie proprement dite.

7° Les lésions du cœur sont très fréquentes chez les vieillards aliénés; et le pronostic des formes diverses de l'aliénation sera généralement grave, bien qu'un certain nombre d'accès aient été suivis de guérison.

M. A. MARIE. — **Remarques sur l'état mental de quelques séniles.**

A propos des 300 séniles évacués des Asiles de la Seine et hospitalisés à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, je signalerai tout d'abord la fréquence des psychoses mélancoliques tardives avec tendance au suicide (mélancolie légitime de Lasègue ou *ab miseria,* dont vient de parler le Dr Vallon).

En effet, 87 des malades admises à la Colonie étaient portées à leur entrée préalable dans les Asiles comme atteintes de troubles mentaux de nature mélancolique, caractérisés tantôt par de la dépression plus ou moins profonde allant

jusqu'à la stupeur, tantôt par un certain degré d'anxiété avec idées de persécution et hallucinations.

Sur ces 87 cas de psychoses séniles à teinte mélancolique, 52 pouvaient être considérés comme des psychoses tardives, véritables accès de mélancolie éclos à l'époque où les progrès de l'âge, l'affaissement général des facultés joints au déclin des forces physiques et à la misère physiologique prolongée plaçaient les sujets dans une condition sociale désespérée, sans autre issue apparente que la mort prochaine, naturelle ou volontaire.

Aussi avons-nous relevé, sur ces 52 cas de mélancolie tardive *ab miseria,* les tendances au suicide 32 fois signalées au dossier, avec commencement d'exécution constatée dans une dizaine de cas.

Ce qui montre bien que la misère profonde et l'impossibilité matérielle de vivre étaient les causes déterminantes de la mélancolie, c'est que la misère supprimée par l'internement, le souci du lendemain et les privations remplacés par l'assistance de nos Asiles, ont rapidement effacé toutes traces de délire et de réaction mélancoliques, même chez celles qui avaient montré dans ce sens des tendances persistantes; une de nos malades avait fait antérieurement trois tentatives de suicide, elle est aujourd'hui hospitalisée à la Colonie familiale, libre depuis deux ans et demi, sans que ses réactions antérieures se soient reproduites; c'est que son existence est assurée dans une Colonie de repos où elle jouit des avantages matériels et moraux indispensables. *Sublata causa tollitur effectus :* plus de misère, plus de mélancolie.

Malgré les 300 entrées à la Colonie, en trois ans, nous n'avons eu aucun suicide ni tentative.

Les 35 autres psychoses dépressives sont des cas de vésanie mélancolique ordinaire ayant abouti, après un internement plus ou moins long, à la démence vésanique par suite de l'affaiblissement sénile des facultés intellectuelles.

Quelques-unes de ces malades présentaient aussi anciennement des tendances analogues aux précédentes, mais à une époque trop reculée et sont aujourd'hui trop démentes pour être assimilées aux malades précitées.

A leur propos, je signalerai l'extrême diversité des psy-

choses confondues trop souvent sous le titre de *démences vésaniques.*

C'est ainsi que certaines de nos vieilles mélancoliques conservent des interprétations délirantes avec crainte de persécution, tandis que les autres ne présentent que des préoccupations hypocondriaques; parmi ces dernières, l'une présente un délire très complexe (micromanie) qui semble se rapprocher par certain côté du délire des négations de Cotard; mais il est difficile, avec les renseignements incomplets des certificats de transfert, de reconstituer l'évolution ancienne de la maladie dont nous observons l'état terminal.

Cette évolution serait particulièrement intéressante à connaître pour les psychoses à évolution systématique, délires mélancoliques systématisés ou délires de persécutions chroniquement progressifs; on sait la rareté des premiers, et quant aux seconds, nous en avons un certain nombre parvenus à la phase finale démentielle (quatrième période du délire chronique, suivant Magnan) ou en approchant.

Théoriquement, les délirants chroniques passeraient par une phase intermédiaire de mégalomanie après la phase de persécution et avant celle de démence; en fait, outre ces cas types, bien des combinaisons et des variétés se peuvent observer, nous semble-t-il, à en juger par le nombre relativement grand de malades portées antérieurement comme délirantes chroniques et devenues démentes avant l'apparition de conceptions mégalomaniaques.

Chez d'autres, la mégalomanie se combine à la démence avec persistance d'hallucinations et d'idées de persécution nettes. D'autres aboutissent à une phase non décrite de dissociation de la personnalité par dédoublement ou même par extinction de la personnalité première.

C'est ainsi que j'ai pu recueillir trois observations de démentes vésaniques avec personnalité dissociée au cours d'un délire systématisé ancien. Dans l'une de ces observations, la malade, devenue mégalomane, présentait une persistance de sa personnalité primitive à côté de la personnalité nouvelle correspondant à sa conception ambitieuse. Entre ces deux éléments, il y avait opposition telle que la malade identifiait sa persécutrice dans son ancienne personnalité en conflit avec

la nouvelle. Elle parlait ainsi d'elle-même à la troisième personne, comme la malade de Leuret, maudissant son nom et se plaignant amèrement de ce que cette personnalité, désormais étrangère, l'insultât (troubles psycho-moteurs probables). A la différence du cas de Leuret, il y avait ici substitution d'un moi ambitieux à l'ancien moi renié, mais dont les éléments persistants correspondaient à la survivance d'idées de persécution dans la période mégalomaniaque.

Dans deux autres observations, même dissociation de la personnalité, mais sans opposition entre les deux éléments dissociés. L'une croit avoir son fils dans l'estomac, l'autre sa mère. Toutes deux parlent tantôt en leur nom, tantôt au nom de l'individualité imaginaire incluse, ce qui donne à leur discours une incohérence plus apparente que réelle; c'est la pseudo-démence signalée par M. Christian et dont le mécanisme s'explique très logiquement par l'automatisme moteur verbal qui existe dans ces deux cas comme dans le précédent.

En effet, lorsque la psychose systématisée se stéréotype, les malades, par suite de la complication progressive de leur délire, arrivent à un état de fausse démence où la dissociation peut n'être qu'apparente.

Dans les démences greffées sur un état délirant antérieur, les conceptions primitives présentent des caractères contrastant avec celles développées consécutivement à la démence même.

Le langage incompréhensible et les néologismes compliqués de certains faux déments n'excluent pas la conservation parallèle du langage et de l'écriture normaux; en face de réponses en apparence incohérentes, d'attitudes et de gestes bizarres, on se rappelle le vieux délirant de Calmeil qui, malgré de tels symptômes, put donner pendant vingt-cinq années une traduction invariable et compréhensible de son délire. Mais ce sont là des confidences parfois délicates à obtenir du malade, qui s'isole de plus en plus dans son délire et arrive ainsi progressivement à perdre les notions de temps et de lieu. Parvient-on néanmoins à le replacer sur le terrain de son délire, on est parfois étonné de la persistance et de la précision des souvenirs et des conceptions stéréotypées; il semble que ces dernières résistent même plus que les éléments moins atteints de la mentalité.

Bien que cela paraisse une assertion paradoxale, au premier abord, c'est cependant un fait d'observation, qui pourrait peut-être trouver son explication dans la théorie générale de la régression.

A l'état normal, l'involution suit à l'inverse l'ordre du développement. A l'état pathologique, il est logique de penser qu'il en est de même.

Les éléments arrêtés dans leur évolution et demeurés à l'état fruste entreraient les derniers en régression, celle-ci allant du complexe au plus stable, c'est à dire au plus simple ou plus rudimentairement organisé [1].

Cette théorie impliquerait l'origine congénitale de l'aberration psychique.

Comme l'a soutenu Morselli, on peut voir dans tous les délires systématisés primitifs l'expression d'un développement anormal de la personnalité, d'une tare se révélant à la maturité psychique, mais n'étant que la traduction complète des tendances congénitales de l'individu [2].

Une autre explication de la persistance de ces phénomènes reposerait sur une application de la loi de Herzen [3] sur la transformation fatale et le passage à l'automatisme de tout processus psychique répété.

Le délire stéréotypé, n'étant que la répétition d'un même système de conceptions morbides, constitue finalement une opération mentale automatique, échappant, comme telle, à l'amnésie de régression.

Quoi qu'il en soit, la démence confirmée par *lésion organique caractérisée* pourra à son tour survenir ici, comme dans les autres cas, avant ou après l'apparition de la mégalomanie.

Il semblerait même, dans quelques faits, y avoir une relation entre la prédominance hallucinatoire unilatérale et le développement ultérieur de foyers correspondants dans tel hémisphère.

L'éréthisme plus marqué aboutirait ainsi à des ruptures vasculaires du même côté.

Un de nos malades, mort d'ictus avec hémiplégie gauche,

(1) Ribot. — *La mémoire.*
(2) *Semejotica delle malatie mentale.* Torino, 1885.
(3) *Cerveau et activité cérébrale,* p. 270-274.

a toujours été soupçonneux de son vivant; il en voulait aux prêtres depuis « l'âge de raison », parce qu'à sa première communion, ils avaient trahi le secret d'un vol qu'il avait avoué avoir fait à son patron comme apprenti. Très religieux, malgré cela, « il se confessait directement à Dieu ». Il s'aperçut plus tard, en disant son chapelet, que des esprits lui volaient ses prières et les répétaient en même temps que lui, « sur sa gauche » (dédoublement apparent, objectif). « C'étaient les voleurs de bâtards. » Grâce à un redoublement de piété, il a vu Dieu sortir du cadre d'un tableau de la chapelle gauche de l'église (il a compris depuis que c'était son propre portrait); dès lors, il a découvert ce que c'était que le firmament et a contemplé « la lumière de lumière », etc. Il dictait alors des sentences, s'inspirant pour cela d'un vieux missel qu'il appelait *le livre de Saint-Hubert,* « il contenait de bonnes et de mauvaises choses, ça dépend du côté. » Les feuillets de gauche étaient seuls bons (pas d'hémiopie appréciable au campimètre). Il dialoguait, en outre, avec les « gars de gauche » devenus bienveillants; il les interrogeait volontiers et leur demandait conseil sur les réponses à nous faire. Il les prononçait bas d'abord et nous les répétait ensuite. Il semblait s'adresser à des êtres imaginaires, orientant la direction de l'oreille et des yeux vers l'angle supérieur gauche du plafond (hémiparésie correspondante légère, sans anesthésie, dans les derniers temps).

Un malade de M. P. Garnier, frappé d'ictus avec aphasie incomplète, ne voit dans ces phénomènes qu'une exacerbation des tourments que lui infligent ses persécuteurs (1). Il semble ainsi indiquer lui-même sa lésion en foyer comme le summum d'un trouble préexistant analogue comme localisation, mais moins accentué. « Son aphasie n'a rien détruit de la » situation mentale antécédente; on peut dire qu'elle est venue » prêter des aliments nouveaux au délire et le fortifier. Dans » la mesure où il peut se rendre compte de la perturbation » apportée dans les divers modes dont se compose le langage, » Eug. B... est persuadé qu'un tel trouble est le résultat de » manœuvres exercées sur lui par des hommes de la science

(1) *Arch. gén. de Méd.,* 1889, t. I, p. 320.

» et il est vraisemblable que sa conviction s'appuie sur des » phénomènes analogues à ceux qu'il a présentés autrefois. »

La contre-partie existe d'ailleurs et on a signalé des cas où la survenance d'une lésion localisée unilatérale avait eu une influence curative sur les phénomènes hallucinatoires et les accidents délirants (1).

Si l'éréthisme sensoriel peut s'exacerber ou disparaître sous l'influence de poussées congestives locales et de lésions en foyer, il n'en est pas tout à fait de même des phénomènes moteurs (c'est là un argument de plus en faveur de leur nature secondaire dans les délires systématisés primitifs). C'est ainsi qu'on a signalé des hémiplégies droites avec agraphie chez des malades à écriture caractéristique; on a pu voir ensuite reparaître les mêmes particularités dans les écrits, le malade étant parvenu à éduquer la main gauche pour écrire encore (2).

On le voit, la phase terminale de nos délires systématisés peut affecter des formes démentielles variées.

C'est tantôt une démence apparente seulement, une pseudo-démence comme on l'a dit; tantôt c'est une démence vraie avec ou sans lésions en foyer, la lésion pouvant être ou non, dans le deuxième cas, en rapport avec l'état pathologique antérieur.

« La clinique, dit Magnan (3), nous permet de distinguer deux sortes d'incohérences : l'une qui accompagne la forme chronique de la folie et qui ne se montre qu'après un très grand nombre d'années; l'autre, plus rapide, parfois même brusque dans son développement, est la conséquence de lésions cérébrales nécrobiotiques, marquées par des attaques apoplectiformes ou épileptiformes.

» Dans le premier cas, l'incohérence est donc la conséquence d'un trouble fonctionnel de longue date, arrivé lentement, progressivement, et l'incohérence du langage est en rapport avec l'incohérence des idées; dans le deuxième cas, des désordres anatomiques viennent brutalement briser le jeu régulier des fonctions et, dans ce cas, l'incohérence du langage ne révèle pas entièrement l'incohérence des idées (aphasie). »

(1) Thèse de Lwoff, obs. IV, p. 103.
(2) Marandon de Montyel. — *Annales méd.-psychol.*, 1877, XVIII, p. 364.
(3) Soc. de Biol., 28 janvier 1879.

Nous nous sommes attaché à faire la distinction entre ces deux formes d'incohérence, chez nos séniles, en nous aidant des renseignements antérieurs combinés à l'examen direct.

Outre les 74 cas d'accidents vésaniques tardifs, éclos à la sénilité et signalés au début de cette note, nous avons relevé 35 cas de démence vésanique consécutive à des accès de mélancolie pure ou symptomatique, d'états dégénératifs puerpéraux ou d'intoxications, etc. Si nous y ajoutons 40 cas de démence vésanique consécutive à des états maniaques (9), à des bouffées délirantes de persécution ou de grandeur (13), ou à un délire ancien de persécution (18), nous arrivons à un total de 149 séniles à troubles mentaux vésaniques combinés à un état plus ou moins prononcé d'affaiblissement démentiel.

On voit donc que la Colonie familiale ne répond pas seulement à l'assistance de séniles purs, mais aussi à l'hospitalisation de véritables aliénés chroniques, devenus inoffensifs par suite de l'âge et ne pouvant plus retirer aucun bénéfice d'un séjour à l'Asile de traitement qu'ils encombrent.

Sur les 161 démences séniles restantes, il y a lieu de distinguer 15 démences précoces, parmi lesquelles 2 véritables dégénérées à syndromes; mais, chez elles, les syndromes classiques (arithmomanie), au lieu d'affecter la forme épisodique, sont demeurés permanents et chroniques, progressifs en quelque sorte, puisque la mentalité proprement dite a fait place à une sorte d'automatisme stéréotypé dans le sens du syndrome. L'une de nos arithmomanes ne peut plus répondre que fort difficilement aux questions, préoccupée qu'elle est de ses additions et autres opérations mathématiques (progression arithmétique, par exemple), lesquelles s'amorcent, si je puis m'exprimer ainsi, sur les moindres faits les plus insignifiants. Je lui tends la main en entrant; elle part, comme à la suite d'un déclanchement : « une main et une main, deux mains, et deux, quatre, et quatre, huit, etc. »; impossible dès lors de l'arrêter ou, si on y réussit, ce n'est qu'au prix d'une véritable crise d'angoisse, visiblement très pénible.

Pour les démences séniles vraies, il est difficile de faire le départ exact des cas de sénilité simple de ceux avec lésion organique nettement en foyer; en effet, les premières passent

fréquemment, au bout d'un certain laps de temps, dans la deuxième catégorie, lorsqu'aux infarctus capillaires succèdent des ruptures ou thromboses vasculaires plus importantes.

Je ne retiendrai en terminant, au sujet de ces démentes, qu'un seul fait qui me paraît intéressant au point de vue de l'action thérapeutique du régime familial. Bon nombre de malades, signalées depuis plusieurs années comme démentes incurables, après un internement prolongé, sont revenues, une fois rendues à un milieu familial, au bout de quelques semaines, à un état mental visiblement meilleur, s'intéressant peu à peu à l'intérieur, sortant du mutisme et de l'inertie pour s'occuper à l'incitation de leur entourage; elles en arrivent à prendre part aux conversations et à acquérir à nouveau quelques notions élémentaires, leur permettant de s'adapter à une existence sociale normale. C'est comme un réveil des vieux souvenirs de l'existence antérieure à l'internement, souvenirs que la vie d'Asile tend à éteindre. Sans que le fond démentiel en soit beaucoup modifié, ces malades, en famille, prennent des allures plus normales et contrastent par ce nouvel aspect avec leur attitude antérieure, inerte, atone, en quelque sorte végétative, que le médecin d'Asile connaît bien pour l'avoir observée chez ces vieilles démentes, piliers d'infirmeries, avec le mobilier desquelles elles semblent faire corps par leur immobilité. Les médecins écossais, qui ont observé ces faits dans leurs Colonies familiales, ont décrit l'*asylum dementia,* autre pseudo-démence, résultat de l'internement prolongé dans un milieu anormal, qui vient compliquer l'affaiblissement sénile réel qui avait conduit les malades à l'Asile.

Une amélioration de l'état mental, dit le Dr Fraser, se produit pour la plupart des cas envoyés de l'Asile en famille. Ce changement peut être attribué à l'influence inhibitoire du milieu ambiant, une fois que le malade est soumis à des soins particuliers. La société de personnes saines, l'exemple des nourriciers, la présence des enfants et différentes autres choses, tout, de près ou de loin, influe sur son caractère. Il en résulte souvent que le malade paraît plus raisonnable qu'il n'était en réalité et quelquefois le devient réellement. Il comprend bien vite que les écarts de caractère ou de paroles choquent la famille où il est.

C'est ce que le Dr Turnbull appelle l'action tonique du *Private dwelling system.*

Moreau (de Tours) disait de même, il y a trente ans [1] :

« L'isolement est, dit-on, la première condition du traitement d'un aliéné...

» Mais, dans un Asile, le malade est bien plus séquestré qu'isolé. Autant l'air ambiant, je parle au moral comme au physique, est peu favorable dans nos grands Asiles où se trouvent agglomérés par centaines des aliénés de toutes sortes, autant cet air est pur et vivifiant au milieu d'un grand village, au sein d'une famille dont le malade partage les travaux et la vie tout entière, où il retrouve en quelque sorte les parents, les amis qu'il a perdus, lesquels de mille manières exercent sur lui une salutaire pression, s'efforcent d'adoucir ses chagrins imaginaires, d'atténuer ses préventions maladives, tout au moins, quand tout espoir de guérison est perdu, de lui procurer un bonheur relatif. Ces soins incessants, ces attentions, ces conseils, en un mot tout ce qui constitue ce que M. Bulckens dénomme si justement le *patronage familial,* comment espérer le trouver dans nos grands Asiles publics, si bien organisés qu'on les suppose? Si l'isolement doit être absolu par rapport aux autres aliénés, il faut mettre le plus possible le malade en rapport avec des individus dont la raison et les bons conseils ne peuvent que lui être utiles, il ne faut lui laisser sous les yeux que de bons exemples, ne laisser arriver à ses oreilles que des paroles sensées; l'environner, si je puis m'exprimer ainsi, d'une atmosphère de sagesse et de raison, dans laquelle la folie sera mal à l'aise et qui préparera la voie au traitement... »

On ne saurait mieux exprimer les conditions essentielles du traitement moral si efficace et si peu applicable dans les conditions d'organisation de nos Asiles-casernes actuels; les aigus curables y sont noyés parmi les chroniques et incurables, encombrant des services de 500 et 600 malades pour un seul médecin traitant. Puisse la colonisation familiale contribuer à désencombrer les services et à rendre les Asiles de traitement, réorganisés, à leur véritable but!

[1] *Quelques mots sur Gheel*, p. 9.

M. CULLERRE. — Délire ambitieux systématisé primitif chez un vieillard.

C'est pour répondre à l'appel de votre rapporteur, M. Ritti, que je vous présente l'observation suivante de délire ambitieux systématisé primitif chez un vieillard de soixante-douze ans, n'offrant pas trace d'affaiblissement sénile de l'intelligence. Les faits de ce genre, en effet, sont assez rares et il serait désirable d'en réunir un certain nombre avant d'essayer de résoudre les questions multiples de clinique et de doctrine qu'ils soulèvent.

X... âgé de soixante-douze ans (1), ancien agent voyer, se disant ingénieur et architecte, est admis d'office à l'Asile de La Roche-sur-Yon en 1885. Aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Instable, orgueilleux, d'un caractère difficile, il a mené une vie extrêmement agitée.

A une époque qui remonte à plus de vingt ans, il a abandonné sa femme légitime pour vivre avec une concubine, qu'il chargea de l'éducation de ses enfants. Depuis de nombreuses années, il a cessé toutes relations avec ces derniers, menant une existence nomade et vivant d'on ne sait quelles ressources.

En avril 1885, il était arrivé aux Sables-d'Olonne et s'était installé à l'hôtel, roulant dans sa tête des projets grandioses et annonçant qu'il allait faire construire un splendide casino et réaliser une immense fortune. On remarque bientôt chez lui une grande exaltation; il compose des poésies : *Le Matin, Le Jour, La Mer, A Marie;* il les dédie à des personnes titrées, qu'il ne connaît pas, mais qu'il a rencontrées à la promenade et signe : « Le grain de sable qui semble l'auteur de ces rêveuses poésies. » Il les fait imprimer en caractères luxueux et les émaille de singularités typographiques, mots nombreux en italiques, d'autres en capitales, quelques autres en caractères gras de grandes dimensions. Il en dépose des exemplaires chez tous les commerçants et charge les coiffeurs et les garçons de café de les vendre, comptant sur les produits de cette vente pour vivre jusqu'à la réalisation de ses espérances et de ses projets. Mais, une nuit, il met le feu aux rideaux de son lit et l'hôtel se hâte de congédier un client aussi dangereux.

Il s'installe en garni. Des semaines se passent, il fait des dettes de toutes parts et, lorsque les fournisseurs lui présentent leurs mémoires, il les reçoit de haut ou leur offre en paiement le produit éventuel de la vente de ses poésies. Bientôt les difficultés s'accumulent et l'exaspèrent, il s'excite, devient insolent et agressif. De nombreuses plaintes pour

(1) On trouvera un résumé de cette observation dans : *Les frontières de la folie,* chap. IV, § III. Paris, 1888.

escroqueries pleuvent sur lui; on l'arrête et on le conduit à l'Asile le 13 mai.

C'est un homme petit de taille, mais bien conservé, dont la santé physique paraît satisfaisante, à part un léger état saburral de la langue. Son exaltation est excessive; sa séquestration ne fait que la redoubler. Pendant plusieurs semaines, ce ne sont que des protestations, réclamations adressées à toutes les autorités; plaintes, accusations, réquisitoires contre sa séquestration, contre les gardiens, contre le médecin, accumulation prodigieuse d'écrits, où il est impossible de découvrir autre chose qu'une activité psychique très exagérée. Les autorités, émues, se déplacent, le Procureur de la République le visite plusieurs fois, le Préfet lui-même vient recueillir en personne les plaintes de cette nouvelle victime d'une loi scélérate...

Il écrit à la plus jeune de ses filles des lettres dans lesquelles il lui annonce, en termes mystérieux, une brillante destinée : « Je te réserve de bien magnifiques surprises! Toi qui n'as d'autre intérêt que de voir ton père augmenter son avoir par le travail brillant de ses dernières années! Travail qui, à la vérité, t'est inconnu et au-dessus de ta portée.»

Il se confie ainsi à un ami : « J'ai beaucoup de choses à vous dire et *à vous révéler*. Il y en a d'extraordinaires, d'admirables! Je vous prouverai que j'accomplis une tâche magnifique, dans laquelle Satan cherche à m'entraver. »

A ce moment, on sent percer chez lui une exaltation religieuse se traduisant par la composition de nouvelles poésies, qui ne manquent ni de style ni d'inspiration, et en particulier d'une prière qu'il signe : « Un homme méconnu, *mais non pas inconnu,* » terminée, écrit-il, « après un événement miraculeux survenu à l'Asile de La Roche-sur-Yon le 17 mai 1885. »

Son activité cérébrale est extrême; jamais il ne s'est senti une santé mentale aussi vigoureuse : « Ce n'est point moi que Dieu veut perdre. Ce n'est point à moi qu'il enlève la raison! Je l'ai tout entière. Je l'ai complète et plus que jamais lucide, éclairée, expressive, par la parole et par la plume. *Ense, verbo et calamo!* Cette devise est la mienne..., j'écris tous les jours quelque chose de nouveau... »

Il réclame sans cesse d'être mis en présence du Trésorier-payeur général, affirmant que, vingt-quatre heures après, ce dernier sera autorisé à lui remettre la somme qu'il demandera, depuis cinq cents jusqu'à dix mille francs.

Apprenant la mort de Victor Hugo, il compose aussitôt pour lui une inscription lapidaire.

« Épitaphe pour Victor Hugo, qui a bien voulu un jour me présenter à son entourage comme son *frère :*

Repose en paix ici, regretté grand poète!
Tes amis, à jamais, célébreront ta fête! »

Entre deux philippiques, il écrit des églogues.

« J'aime à me promener dans ce riant parterre!
Un cordon d'œillets blancs embaume l'atmosphère.
La pensée et la rose y mêlent leurs couleurs... »

Il adresse des lettres touchantes à ses enfants, rédige pour eux des instructions morales, un historique de sa famille, qui est d'origine ducale, dont les armes sont d'azur à la croix d'argent. Il leur dicte ses dernières volontés et leur remémore solennellement, avec des expressions attendries, les dernières leçons de sa mère, qui est morte il y a soixante ans. « Souvenez-vous que j'ai *soixante-treize ans* et rappelez-vous de ma *fête autrefois!* Lorsque la pauvre *maman vivait! Elle vous voit!* » La pauvre maman, c'est sa maîtresse, à qui il avait confié l'éducation de ses enfants.

S'il s'élève dans les hautes sphères de la poésie et de la morale, il n'en redescend pas moins sur la terre avec une extrême facilité; et, entre deux alexandrins, écrit à la Belle-Jardinière pour se commander des vêtements, à un épicier pour avoir un pâté de foie gras et du fromage, à un pâtissier pour avoir des gâteaux.

Il adresse à l'un de ses fils, qu'il n'a pas vu depuis de longues années, des instructions impératives pour le faire sortir de l'Asile et, ne recevant pas assez rapidement à son gré la réponse, il écrit à un autre, en disant du précédent : « Je vois bien clairement que ton frère m'est absolument étranger, ce que je *soupçonnais* depuis longtemps. »

Au bout de six semaines, l'excitation s'apaise; le malade ne parle plus de ses projets et revient à une attitude à peu près correcte, mais extrêmement réservée et dissimulée. Il quitte l'Asile à la fin de juillet, calme et présentant une grande lucidité apparente, mais continuant certainement à nourrir en lui-même quelques-unes de ses conceptions de nature ambitieuse. Quatre jours avant sa sortie, il me remettait ces vers, qui peignent mieux son état mental tel qu'il était à ce moment que je ne pourrais le faire :

« Mon cœur ne vieillit point! Mon âme n'a point d'âge!
Mon sang n'est point glacé! Je suis jeune toujours!
Un doux pressentiment dans son discret langage
Me dit : *Espère!* attends encore d'heureux jours! »

Ces vers, Messieurs, ne sont ni d'un dément ni même d'une intelligence sénile; pas plus que tous les écrits et poèmes que je mets sous vos yeux. L'aspect clinique du délire dont je viens de dérouler devant vous les phases, n'est pas davantage empreint de sénilité ou d'affaiblissement intellectuel. Je dirai plus, le malade me paraît manifestement être supérieur à lui-même et jouir d'une vigueur intellectuelle plus grande que dans son état normal.

On constate, en résumé, chez lui, une sorte de dynamie fonctionnelle qui rappelle absolument la phase d'excitation de

certains circulaires ou l'accès maniaque de certains intermittents. Ce qui caractérise cet état mental [1], c'est la surexcitation générale de toutes les facultés. Au premier abord, ces malades font plutôt penser à l'ivresse qu'à la folie. Malgré l'abondance de leurs idées, on ne constate chez eux aucune incohérence. Ils aiment à pérorer, à improviser des poésies, à écrire de longs mémoires. Leur personnalité s'enfle jusqu'aux plus extravagantes proportions. Ils se plaisent à s'attribuer une puissance imaginaire, veulent entreprendre, réformer, édifier, fonder et parfois se ruinent en spéculations ridicules.

Telle est bien la physionomie de l'état mental de ce malade. L'excitation en est un élément capital, à mon sens, et établit une distinction tranchée entre cet état et la folie chronique systématisée ambitieuse, désignée autrefois sous le nom de *mégalomanie*. Il s'agit beaucoup plus d'un syndrome enté sur une imperfection mentale originelle que d'une psychose légitime, à évolution indépendante. Nous ne pouvons pas dire que X... soit un héréditaire, puisque ses antécédents de famille nous ont été soigneusement cachés, mais nous pouvons soutenir hardiment qu'il appartient à la classe des déséquilibrés. Nous en avons pour preuve son existence entière et le témoignage de ses propres enfants. En effet, l'une de ses filles nous écrivait : « Les détails que vous me donnez sur l'état mental de mon père ne me surprennent point, car je m'attendais depuis longtemps à cette fin, tout en l'appréhendant. Mon père a toujours eu les idées très exaltées. Séparé d'une femme qui le rendait ou plutôt pouvait le rendre parfaitement heureux, ayant arraché à cette pauvre femme ses enfants pour les faire élever par un être dégradé, il y a eu dans toute son existence quelque chose d'exalté, où toujours l'orgueil a dominé. Je retrouve aujourd'hui, dans le fait que nous déplorons, la triste conclusion d'une vie si agitée, si bouleversée, quand elle eût pu être si calme et si heureuse. Il y a un fond de vérité dans ses prétentions à la richesse. Il a été à même de toucher un héritage important, mais comme il fallait avec sa signature celle de notre mère, il préféra ruiner ses enfants. »

[1] A. CULLERRE. — *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1890.

Les propensions orgueilleuses des déséquilibrés ne se manifestent jamais seules; elles sont accompagnées de tout un cortège de perversions affectives et d'infirmités morales. X..., répudiant sa femme, abandonnant ses enfants et déclarant adultérins ceux qui ne se montrent pas disposés à céder à ses caprices de malade, ne fait pas exception à la règle.

L'explosion tardive des troubles délirants chez les héréditaires et les déséquilibrés n'est point une chose rare, tant s'en faut. Morel n'a pas manqué de le faire remarquer. Je pourrais, à son exemple, citer plusieurs observations de vieillards tombés dans la folie après avoir vu toute une série des leurs succomber successivement à la tare familiale, mais je dois à la vérité de dire que ces faits visent surtout la mélancolie et que l'observation précédente est, en son genre, la première qu'il m'ait été donné de recueillir.

M. CHRISTIAN. — **Note sur le délire érotique des vieillards.**

Parmi les symptômes attribués à la folie chez les vieillards, il en est un dont il n'est pas fait mention dans le travail d'ailleurs si complet de M. A. Ritti et qui, cependant, m'a paru assez constant et assez caractéristique pour mériter d'être signalé.

Les malades dont il est question sont tous d'un âge avancé : ils ont de soixante-dix à quatre-vingts ans et même davantage. Ils sont donc arrivés à une période de la vie où l'activité génitale est éteinte (sauf de bien rares exceptions). Et cependant, presque tous ceux que j'ai observés ont des préoccupations et des idées délirantes qui s'alimentent dans la sphère génitale. Ces malades deviennent jaloux de leurs femmes, d'une jalousie féroce et telle qu'ils les maltraitent et les tourmentent sans relâche. Pourtant ces femmes sont elles-mêmes d'un âge avancé, souvent infirmes et impotentes, telles en tous cas que toute velléité galante à leur égard devient absolument invraisemblable.

Parmi les observations nombreuses que j'ai recueillies, je me bornerai à citer les suivantes; elles se ressemblent d'ailleurs toutes.

C..., quatre-vingt-un ans, ancien boucher, entré dans les premiers mois de 1895. Retiré des affaires, il vivait dans l'aisance; mais, depuis plusieurs années déjà, il était devenu inquiet, méfiant; il croyait qu'on le volait, qu'on voulait l'empoisonner, qu'on voulait le faire mourir pour s'emparer de ce qu'il possédait. Les coupables étaient sa nièce, qui lui avait fait manger du lapin empoisonné, et sa femme. Celle-ci voulait être libre, non seulement pour posséder sa fortune, mais surtout pour se livrer à des orgies avec ses nombreux amants! Or, cette malheureuse femme a soixante-dix-neuf ans. C... était devenu si violent, qu'il avait failli la tuer. Quand on fut obligé de le placer à Charenton, on s'aperçut qu'il avait soigneusement caché les titres et l'argent qu'il possédait, et l'on découvrit même des sommes beaucoup plus considérables que la famille ne le soupçonnait. Depuis qu'il est dans mon service, le délire n'a pas changé.

Un autre malade, atteint à l'âge de soixante-dix ans d'un accès de manie, prétendait que sa femme, aussi âgée que lui et infirme, courait le bois de Vincennes avec les militaires de la garnison, qu'elle avait à la foire du Trône une baraque où elle se livrait à la prostitution. Ces idées persistèrent longtemps, même après que l'agitation eut cessé.

Je citerai encore un vieillard mélancolique, avec idées de suicide, qui, lui aussi, prétend que sa femme le trompe. Les gens du village, en le voyant, disaient : « Voilà le cerf qui passe ! » Il se levait la nuit, fouillait sous les lits, courait dans l'appartement pour découvrir les amants que sa femme avait introduits et dont il entendait les chuchotements.

Je me bornerai à ces observations; je suis persuadé que mes collègues ont tous rencontré des faits semblables. Je terminerai par une dernière réflexion. On comprend que l'excitation génitale du vieillard — *toute cérébrale d'ailleurs* — puisse se manifester autrement que par des idées de jalousie; il peut vouloir se marier, se croire des facultés et des capacités toutes juvéniles. On comprend, sans que j'aie besoin d'insister, tout le trouble que ces idées délirantes peuvent entraîner et quelles conséquences déplorables elles peuvent produire. Assez de faits ont passé sous nos yeux pour nous édifier à cet égard.

M. L'HOEST. — Cas de folie systématisée de la vieillesse.

B... Élise, soixante-dix-neuf ans. Entrée à l'hospice Sainte-Agathe, à Liège, le 21 novembre 1893.

Antécédents héréditaires : Un frère mort aliéné, après avoir séjourné peu de temps dans un Asile.

Antécédents personnels : Pas de maladie sérieuse jusqu'à soixante ans. A cette époque, début d'une cataracte double; en mars 1892, opération de la cataracte sur l'œil gauche, abcès et perte de cet œil.

A dater de l'opération, on a constaté chez B... des hallucinations de la vue portant particulièrement sur l'œil perdu, la malade voyait défiler devant elle des jeunes filles en nombre incalculable; cette vue ne lui était pas désagréable.

Plus tard, le spectacle change: elle voit entrer et sortir de sa chambre toutes sortes de gens qu'elle ne connaît pas, hommes et femmes, lui faisant des grimaces sans mot dire; ils venaient la nuit comme le jour, par les fissures des portes et fenêtres, et ne lui faisaient jamais de mal; elle les a parfois interpellés, mais ils n'ont jamais répondu.

Elle soupçonne les voisins d'être les auteurs de ces méchancetés, on apportait dans sa chambre de toutes petites bêtes, d'autres fois des objets grands comme des chars à bancs.

La malade s'est disputée avec ses enfants parce qu'ils ne voyaient rien; ils l'ont traitée de folle; elle a un jour appelé la police; mais sitôt les agents arrivés, les visiteurs incommodes ont disparu. Elle ne s'explique pas comment tout cela est possible.

Il est à noter que cette femme a totalement perdu un œil et que l'autre, atteint de cataracte, suffit à peine à lui laisser distinguer le profil d'une personne interposée entre elle et la lumière vive d'une fenêtre.

L'intelligence et la mémoire, même la mémoire des faits récents, sont intactes. La conscience est nette, les sentiments affectifs normaux.

Les premiers jours de son entrée, la malade ne se plaint plus des persécutions, mais bientôt celles-ci renaissent en conservant leur caractère du début.

Nous l'interrogeons en juillet 1895, c'est à dire deux ans après son internement.

D. Qui vous fait du tourment?

R. Je n'en sais rien, c'est toute une famille qui cherche à me faire du tort parce qu'ils sont tous méchants. Ils sont nombreux, je ne vois pas bien par où ils pénètrent, ils entrent dans des sortes de boîtes de carton.

D. Les voyez-vous distinctement?

R. Oui, certes; ils viennent chaque jour, bien que tout soit hermétiquement fermé; ils apportent de l'eau et en versent dans mon lit pour me tourmenter. Ce sont de drôles de choses.

D. Les entendez-vous?

R. Non, ils ne font pas de bruit et ne parlent pas.

D. Où êtes-vous ici?

R. Au couvent Sainte-Agathe.

D. Qui met-on dans ce couvent?

R. On y met les folles, mais je ne suis pas folle.

D. Quelles méchancetés vous faisaient encore les visiteurs?

R. Les femmes voulaient me faire aller avec leurs maris, mais je leur disais que je préférais mourir que d'agir ainsi.

D. Quel âge avez-vous?

R. Soixante-dix-huit à soixante-dix-neuf ans.

D. A quel âge vous êtes-vous mariée?

R. A vingt-huit ans.

La malade nous cite ensuite correctement les sept maisons, avec noms et adresses, qu'elle a habitées depuis 1860. Elle nous déclare ne pas avoir reçu d'instruction, bien que ses parents fussent dans l'aisance; son père, qui était de la campagne, y possédait deux immeubles.

Nous lui demandons, enfin, la date de son entrée à l'hospice; elle répond sans hésiter qu'elle y est entrée à la mi-novembre 1893.

L'aliénée dont je présente ici l'observation offre au plus haut degré les caractères spéciaux à la folie systématisée des vieillards.

Nous voyons, en effet, débuter chez une femme de soixante-seizé ans des hallucinations de la vue — et plus tard, de la sensibilité — engendrant chez elle des idées de persécution; la malade, très réticente, semble avoir eu également des hallucinations du sens génital; elle le nie devant nous, mais a fait des aveux dans ce sens aux sœurs du service. Les hallucinations de l'ouïe sont absolument nulles; pendant plusieurs interrogatoires, la malade a toujours nié avoir entendu quoi que ce soit. Les idées de grandeur ne sont pas encore apparues, bien que la psychose date de trois ans. Elle n'a donc pas brûlé les étapes, comme dit M. Ritti; il est vrai qu'on n'a pas jusqu'ici démontré que le délire de persécution des systématisés engendre nécessairement le délire des grandeurs.

Pour finir, nous voyons, à son interrogatoire, que cette femme sans instruction est encore douée d'une mémoire normale, eu égard à son âge, que la conscience n'est nullement troublée et nous avons pu nous assurer aussi que les sentiments moraux et affectifs sont intacts. Il ne peut donc être question ici de démence sénile, mais bien d'une forme particulière de psychose, la folie systématisée des vieillards telle que l'a décrite M. A. Ritti.

La séance est levée.

SÉANCE DU 2 AOUT (MATIN)

Présidence de M. le Dr JOFFROY, Président.

Sommaire. — Exposé oral du rapport sur la deuxième question : *Corps thyroïde et maladie de Basedow*, par M. Brissaud. — Discussion sur la question. — M. J. Renaut : La lésion thyroïdienne de la maladie de Basedow. Discussion : M. Joffroy, M. Renaut. — M. Gley : Sur le fonctionnement de la glande thyroïde et la maladie de Basedow.

La séance est ouverte à neuf heures.

Aussitôt après la lecture du procès-verbal, la parole est donnée à M. Brissaud, qui résume verbalement son rapport sur la seconde des questions mises à l'ordre du jour : *Glande thyroïde et maladie de Basedow.*

A la suite de cet exposé, la discussion est ouverte.

CORPS THYROÏDE ET MALADIE DE BASEDOW

(DISCUSSION)

M. J. RENAUT. — **La lésion thyroïdienne de la maladie de Basedow.**

Le rapport de M. Brissaud fera certainement époque dans l'histoire de la maladie de Basedow, car il pose le problème que nous cherchons à élucider sur de nouvelles bases. Il s'attache à démontrer que, dans le goître exophtalmique, si tout n'est pas simple affaire bulbo-protubérantielle, tout n'est peut-être pas non plus réductible à une lésion thyroïdienne

pure et simple. Il conclut avec raison que l'hyperthyroïdation expérimentale ne reproduit pas le syndrome de Graves dans son entier, et, d'autre part, que nous ne connaissons pas « le mécanisme que les centres nerveux mettent en œuvre pour créer les conditions anatomo-physiologiques spéciales d'où procède l'hyperthyroïdation ». Nous ne savons pas, dit-il, si, dans la maladie de Basedow, c'est le bulbe ou la glande thyroïde qui commence; il incline pourtant à penser que c'est surtout le bulbe. Bref, la discussion va s'engager encore une fois entre « bulbaires » et « thyroïdiens ». M. Brissaud a fait dans son rapport une part trop belle et trop large à mes dernières recherches, pour que je n'aie pas grand plaisir à vous en entretenir un instant. J'ai aussi mon propre sentiment à vous faire connaître et à préciser sur la question, car je suis à vos yeux, je le pense du moins, un « thyroïdien » par excellence; mais encore peut-il importer de savoir sous quelle forme je le suis présentement.

La théorie thyroïdienne du goître exophtalmique est issue, en effet, de deux travaux initiateurs, qui sont celui de Möbius (1) (1886) et la thèse de mon élève Bertoye (1888). Möbius s'était borné à dire que le corps thyroïde sécrète un poison, lequel en certaines circonstances peut agir sur le système nerveux pour susciter le syndrome de Basedow. Dans la thèse de Bertoye (2), j'ai mis en lumière deux faits et proposé une hypothèse. Le premier fait, c'est l'existence d'un type particulier de fièvre, liée au goître exophtalmique tout comme il y en a une liée à la plupart des affections ressortissant à l'action sur l'organisme des divers poisons morbides. Le second fait, c'est qu'au milieu de lésions variables et disparates de la thyroïde, on en trouve une qui ne manque jamais chez des basedowiens : c'est une variété particulière de thyroïdite, avec sclérose intralobulaire effaçant les voies lymphatiques, sauf dans les intervalles des lobules. Il résulte de là que la sécrétion interne de la glande, au lieu de se faire à l'intérieur du lobule par les lymphatiques et par les veines, ne peut plus se débiter que par voie veineuse en pénétrant directement dans le sang.

(1) Möbius. — *Schmidt's Jahrbücher*, 1886, Bd 210, p. 237.
(2) Bertoye. — Thèse de Lyon, 1888.

Voici maintenant l'hypothèse. L'existence de la fièvre, de ses paroxysmes inauguraux, épisodiques ou clôturaux, semble impliquer un empoisonnement morbide. Je suppose que le produit de la thyroïde, la matière colloïde qu'on trouve en abondance dans les lymphatiques thyroïdiens, subit à l'état normal une modification dans les voies de la lymphe. Cette modification consiste dans la destruction d'un poison. Si les voies lymphatiques intralobulaires sont annulées, le produit de la sécrétion du corps thyroïde sera fatalement versé tel quel dans les veines, seules voies d'absorption qui subsistent. Ce produit toxique exercera ses effets sur le système nerveux en particulier d'abord, puis sur l'organisme tout entier. Le syndrome de Graves est, dans cette conception, la réaction bulbo-protubérantielle suscitée par le poison thyroïdien; la cachexie basedowienne est le résultat de l'empoisonnement chronique des tissus. Ce sont là les propres bases de la théorie thyroïdienne du goître exophtalmique, telle que peu après elle ressortit des leçons de Joffroy en 1891 (1), et de tous les travaux récents sur les poisons thyroïdiens. Après Möbius, j'ai donc bien été le premier « thyroïdien » dans la question qui nous occupe.

I. — L'analyse histologique est mon instrument d'investigation, celui que j'applique tout naturellement à l'interprétation des faits cliniques. L'existence d'une fièvre typique liée à la période d'activité du goître exophtalmique étant démontrée, il fallait en trouver la raison soit organique, soit microbienne, soit toxémique. J'ai d'abord cherché une lésion en dehors du système nerveux central, où rien de typique n'était relevable. Car les petits points de congestion, les infiltrations de globules blancs dans les gaines périvasculaires, etc., tout cela ne traduit rien en somme, sinon l'existence d'un état circulatoire et, par suite, fonctionnel aberrant.

En revanche, dans toute maladie de Basedow légitime, la thyroïde, hypertrophiée ou non, est toujours malade et constamment de la même façon. J'ai toujours trouvé les grains glandulaires et les boyaux épithéliaux pleins qui les relient,

(1) A. Joffroy. — Nature et traitement du goître exopntalmique (Leçons faites en décembre 1891 à la Salpêtrière, et publiées par le *Progrès médical* en 1894).

doublés d'une néoformation conjonctive mince, d'une couche de cellules plates endothéliformes. L'imprégnation forte par le nitrate d'argent les réserve en blanc et les met en évidence avec leur configuration rameuse. Elles n'existent pas en revanche à la surface des grains d'une thyroïde saine, de chien, de mouton ou d'enfant, prise pour point de comparaison. De plus, le stroma interacineux n'est plus constitué par du tissu connectif lâche. Par les méthodes ordinaires, on ne trouve plus au sein de ce dernier les fentes lymphatiques normales plus ou moins nettement injectées de matière colloïde identique à celle des grains. Voilà ce que j'ai constamment observé depuis 1886, époque du début de mes premières investigations anatomo-pathologiques. Mais tout récemment et précisément parce que la question devait être discutée ici, j'ai voulu aller plus loin et faire l'histologie tout à fait analytique de la thyroïde exophtalmique, afin de fixer les lésions d'une façon précise et de mettre celle que je considère comme capitale hors de conteste.

Sur une jeune fille de vingt ans, basedowienne type, mon collègue et ami, le professeur agrégé Jaboulay, a enlevé un lobe de la thyroïde. La malade ayant été plusieurs fois exothyropexiée, j'ai laissé de côté la partie superficielle de la glande, celle qui avait été exposée. Je dirai plus loin quelles altérations cette portion avait subies. Quant à la partie profonde, grosse comme un œuf de poule, je l'ai injectée immédiatement avec le mélange osmio-picro-argentique de façon à remplir, à développer et à fixer imprégnés tous les lymphatiques existants. Car voici la pièce : vous voyez que l'injection s'est répandue partout en distendant au maximum les voies perméables. Traité de la même façon et pris pour terme de comparaison, un corps thyroïde de chien montre l'immense réseau des lymphatiques interlobulaires et intralobulaires fixés distendus et imprégnés de nitrate d'argent. Chaque grain rempli de matière colloïde est embrassé par des lymphatiques énormes, formant à son entour des méridiens et des équateurs irréguliers. Dans la thyroïde exophtalmique le dispositif est bien différent.

L'injection interstitielle, imprégnante et fixatrice, a developpé au maximum les espaces interlobulaires. Tous les lobules

sont séparés les uns des autres par de larges bandes de tissu conjonctif lâche où courent les vaisseaux sanguins de distribution. Les veines sont gorgées de sang. Les lymphatiques sont immenses. Ce sont de grandes fentes qui parfois occupent tout l'espace interlobulaire en s'accolant à la marge des lobules adjacents. Ces fentes sont limitées par l'endothélium festonné caractéristique; mais çà et là, la distension du trajet a été si grande sous la pression forte de l'injection développante, que les dentelures en jeu de patience des cellules endothéliales se sont effacées. Ce fait prouve que les dentelures répondent non pas à une forme particulière et typique de la cellule endothéliale lymphatique, comme tout le monde l'avait cru jusqu'ici, mais bien au retrait sur elle-même de la plaque cellulaire, extraordinairement élastique. Ceci n'est pas un vain détail d'histologie analytique; c'est ici la preuve que les voies lymphatiques ont été fixées distendues au maximum, partout où elles étaient perméables.

Dans l'intérieur des lobules, sauf chez ceux qui sont composés et où pénètrent des cloisons conjonctives de refend un peu larges, *pas un lymphatique ne se montre.* Toute la marge du lobule est fixée et imprégnée. L'injection n'a pas pénétré dans son intérieur : on le reconnaît à ce qu'aucun des grains thyroïdiens du centre ne montre son épithélium sécréteur imprégné d'argent sur sa face d'insertion à la membrane propre.

La lésion caractéristique existe donc bien telle que je l'ai annoncée il y a près de dix ans. *Tout le système des lymphatiques intralobulaires est annulé.* Les grains thyroïdiens marginaux seuls débitent leur substance colloïde dans les lymphatiques interlobulaires, demeurés à leur portée comme voie d'issue. Au centre, la voie sanguine veineuse subsiste seule.

Elle règne largement. Les capillaires veineux apparaissent — sur cette pièce fixée en somme vivante et circulante pour ainsi dire — souvent énormes, gros en section comme des grains thyroïdiens. Çà et là, même, la congestion veineuse a été telle pendant la vie, qu'il s'est fait des ruptures et que certains grains glandulaires ont été envahis par le sang, qui s'y organise en caillot à zones concentriques.

Le débit de la sécrétion thyroïdienne se fait donc par les lymphatiques sur la marge des lobules. A leur centre, il ne peut se faire que par la voie veineuse directe.

II. — Considérons maintenant les éléments de la glande elle-même. Ici, je vais en parler pour la première fois avec détails. Je suis parfaitement d'accord avec Brissaud et Greenfield quant à l'existence de ce que le premier désigne sous le nom de *cirrhose hypertrophique thyroïdienne.* Entre les grains à contenu colloïde d'apparence normale ou en voie de cloisonnement et de prolifération par végétations papilliformes de la paroi, on rencontre constamment des boyaux glandulaires jeunes, néoformés, analogues à ceux qui constituent tout le parenchyme d'un corps thyroïde en voie de développement à partir du quatrième mois de la vie intra-utérine. Tout ce parenchyme glandulaire de nouvelle formation est *intérieur au lobule.* Les grains d'apparence normale, ou la voie d'extension par cloisonnement, sont ordinairement *marginaux.* L'incitation formative a donc fixé son siège là où les lymphatiques, voie normale et naturelle ou pour mieux dire véritables canaux excréteurs de la glande thyroïde, n'existent plus.

Opérons maintenant une coloration bien élective, et non pas massive et brutale, à l'aide de l'éosine hématoxylique. Nous allons constater un fait entièrement nouveau. L'éosine du réactif colore les globules du sang en rouge brique, la matière colloïde en rose. Cette matière colloïde se montre teinte fortement dans les grands lymphatiques interlobulaires et dans les grains *marginaux.* Dans les grains centraux, elle est faible; dans les grains néoformés au *centre* du lobule, elle est ordinairement nulle.

Et cependant, la marge des lobules, seule atteinte par l'acide osmique de l'injection, est de ce chef bien plus difficile à colorer que le centre, où l'acide osmique n'a pu pénétrer grâce à la sclérose. C'est là un fait connu de tous les histologistes. On peut encore relever un détail. Dans les grains marginaux, la matière colloïde est plus colorée dans la moitié du grain qui confine au grand lymphatique interlobulaire collecteur. Quelle explication faut-il maintenant donner de ces

faits d'analyse histologique précise? — Quelle en est au juste aussi la portée à prévoir?

III. — Ici, je vais être forcé de mêler à des faits quelques interprétations. Voici d'abord les faits. Si l'on examine la thyroïde sur un fœtus humain de trois mois environ (11 centimètres), chez lequel la trame du tissu conjonctif lâche ne montre pas encore de faisceaux différenciés non plus que la plupart des aponévroses et des tendons, on reconnaît aisément que les lobules de cette glande, persistant à végéter d'après un mode glandulaire net, ont déjà développé un certain nombre de grains. Le contenu de ceux-ci est uniquement constitué par une substance brillante, *que l'éosine ne colore pas en rose.* Exceptionnellement cependant, on trouvera un grain qui prend la matière colorante tout comme ceux d'une thyroïde adulte. Le nombre de ces grains mûrs croît rapidement avec l'âge du fœtus, et surtout avec le développement du dispositif conjonctif lâche au sein des lobules, lequel d'ailleurs est proportionnel à l'âge. Pour fixer les idées, je dirai donc que l'épithélium thyroïdien sécrète, quand il est jeune, une substance particulière que j'appellerai la *thyromucoïne,* qui ne se colore pas par l'éosine; et qu'arrivé à l'état adulte et muni de son conditionnement connectivo-vasculaire normal, il en sécrète une autre que j'appellerai *thyrocolloïne,* répondant comme constitution histochimique à la substance colloïde thyroïdienne telle qu'on la connaît.

C'est la thyromucoïne qui est le produit direct de l'activité sécrétoire de l'épithélium thyroïdien. On la voit naître sous forme de boules réfringentes (qu'après fixation par l'acide osmique, l'éosine laisse incolores), placées les unes au-dessus des autres dans le protoplasma des cellules épithéliales et y dessinant la striation granuleuse parallèle à la hauteur, sur laquelle a insisté mon élève Lacroix. Ceci tout aussi bien dans les grains dont le contenu renferme de la thyrocolloïne que dans ceux qui en sont dépourvus chez les exophtalmiques. La thyrocolloïne est le résultat de réactions secondaires qui se passent dans la petite cavité glandulaire réalisée par chaque grain thyroïdien; elle répond à l'état de maturité de la sécrétion thyroïdienne. Elle n'est nullement formée par des

cellules particulières, comme le croyait O. Langendorff, ou ayant subi une évolution spéciale, comme le pense encore K. Hürthle [1]. Elle se produit naturellement dans tous les grains desservis normalement par leurs canaux excréteurs lymphatiques. C'est le cas dans toute la thyroïde du chien.

En revanche, nous voyons que, dans la thyroïde des exophtalmiques, la thyrocolloïne ne se forme régulièrement que dans les grains marginaux, ceux qui débitent leur contenu dans les grands lymphatiques interlobulaires, développés au maximum pour vicarier la fonction excrétoire annulée au centre du lobule. Au sein de ce dernier, là où les lymphatiques manquent, les grains déjà formés sont pauvres en thyrocolloïne : la maturation du produit de sécrétion ne se fait pas. Là où il y a des grains jeunes, néoformés, le produit de sécrétion reste constitué par la thyromucoïne seule.

Cherchons maintenant à interpréter, et rappelons-nous d'abord ce qui se passe dans les glandes dont on a lié le canal excréteur ou dans celles où ce canal a été lentement obstrué, comme c'est le cas habituel pour la cirrhose biliaire du foie. L'activité sécrétoire se réduit, se simplifie; le parenchyme glandulaire prolifère, revient à des formes embryonnaires. C'est la cirrhose hypertrophique avec ses néoformations glandulaires édifiées sur un type plus simple, fœtal en somme, et

[1] O. LANGENDORFF (Beitrage zur Kenntniss d. Schilddrüse. *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1889. Suppl. S. 219) admet que l'épithélium thyroïdien est formé par deux espèces de cellules : les *cellules principales* et les cellules *à colloïde*. Cette opinion est encore adoptée aujourd'hui par K. HÜRTHLE (Beitrage zur Kenntniss des Secretions vorgangs in der Schilddrüse. *Arch. de Pflüger*, Bd 56, 1894). Je suis d'une opinion diamétralement opposée après avoir fait une étude approfondie de la question. Les « Colloïdzellen » ne sont rien autre chose que des cellules ordinaires qui, sous l'influence des réactifs fixateurs, ont donné des gouttes sarcodiques. Le protoplasma est ainsi revenu sur lui-même et se colore plus fortement. Après fixation nette et instantanée par le mélange osmio-picrique, toutes les cellules épithéliales sont semblables entre elles; toutes renferment des grains de thyromucigène incolores, séparés par des travées protoplasmiques teintes en rose quand on a effectué une coloration bien élective par l'éosine hématoxylique ou par l'hématéine et l'éosine.

De plus, il est facile de faire une coupe très mince de la thyroïde qu'on vient d'enlever sur le chien vivant et de la soumettre à l'action du bleu de méthylène dissous dans le sérum artificiel. Lavée dans le sérum, puis observée dans celui-ci employé comme liquide additionnel, la coupe montre une disposition admirable de l'épithélium, vivant en somme, bien que les noyaux soient teints en bleu pur (ils se colorent seuls dans la préparation). Il n'y a aucune différence entre les cellules, qui toutes renferment des boules de thyromucigène superposées en série au sein du protoplasma. Elles sont donc toutes aussi équivalentes.

telles que M. Brissaud les retrouve avec raison au sein du lobule thyroïdien des exophtalmiques, là où précisément je démontre que les voies excrétoires lymphatiques font défaut.

Le fonctionnement normal du lobule sur sa marge suffit encore, dans ce cas, à empêcher la cachexie strumiprive, en versant dans le sang le produit mûr de la sécrétion, celui formé par la thyrocolloïne. Au sein de ce produit, la thyroprotéine de Notkine est peut-être déjà transformée? En tout cas, dans le trajet des voies lymphatiques, elle pourra achever sa transformation, grâce à l'admirable et énergique action toxicophage des globules blancs. Au centre du lobule, par les veines et directement, se résorbera le produit thyroïdien tel qu'il vient de se former à l'état de thyromucoïne. C'est dans la thyromucoïne que je suis amené à reporter le poison basedowien ou plutôt thyroïdien.

Dans les expériences d'hyperthyroïdation, c'est l'injection d'extrait thyroïdien normal *(c'est à dire issu de la thyrocolloïne)* qui est seule active et toxique entre les mains de MM. Gilbert Ballet et Enriquez. Elle ne suscite pas le syndrome de Graves : reste à savoir si elle ne le produirait pas, si l'extrait était préparé avec une glande ne sécrétant que la thyromucoïne, c'est à dire avec le suc d'une glande fœtale.

Que les lymphatiques détruisent ce qui reste de poison dans l'extrait thyrocolloïnien, c'est une hypothèse à l'appui de laquelle milite l'innocuité des ingestions de cet extrait par voie alimentaire. L'extrait ingéré, formé de substance colloïde éminemment apte à passer facilement dans les lymphatiques, est vraisemblablement absorbé avec élection par les chylifères; et sa toxicité a le temps de s'annuler dans les longues voies de la lymphe avant l'arrivée dans le sang.

Mais le fait capital des expériences de Ballet et Enriquez, c'est l'action spéciale du poison thyroïdien sur la glande thyroïde elle-même. Ce poison induit en elle et avec une élection parfaite un mouvement inflammatoire qui devient rapidement destructif. M. Enriquez m'a fait l'honneur de me communiquer les préparations : elles montrent une substitution complète d'un « tissu de granulation » à celui de la glande normale dans tous les lobules. L'*exposition* agit,

dans l'exothyropexie de Jaboulay-Poncet, exactement de la même manière. Le tissu glandulaire revient à l'état fœtal, essaie de proliférer; puis il est en fin de compte morcelé et disloqué par les cellules migratrices, qui lui substituent des îlots de tissu conjonctif jeune tenant la place des lobules transformés.

IV. — Il faut arriver maintenant à une conclusion et dire pourquoi et comment, en cette question vraiment délicate des relations du corps thyroïde avec la maladie de Basedow, j'entends demeurer partisan de la théorie thyroïdienne.

Le corps thyroïde et le thymus sont, à l'intestin antérieur (ou pharyngien), ce que sont à l'intestin moyen ou entodermique le foie et le pancréas. Ce sont là deux glandes conglobées constituant un appareil conjugué. Ne nous occupons pour le moment que de la thyroïde comme, pendant bien longtemps dans le diabète, on ne s'est occupé que du foie. La thyroïde est une glande qui a perdu son canal excréteur auquel se sont substitués les vaisseaux lymphatiques pour ce qui regarde sa sécrétion externe. Ou plutôt celle-ci a été totalement perdue sur la route du développement. Tout ce que sécrète la thyroïde va dans le sang : — soit par la voie lymphatique, débit normal représentant celui des autres glandes dans leurs canaux excréteurs légitimes, soit par la voie veineuse (sécrétion interne proprement dite). A n'en pas douter, le système nerveux central règle une sécrétion dont l'importance est hautement mise en lumière par ce que nous savons de la cachexie strumiprive, tout comme il règle la fonction glycogénique du foie. Pour cette régulation, il y a un centre : ce que nous savons de la maladie de Basedow permet même d'affirmer que ce centre est bulbo-protubérantiel et voisin du centre d'où se projette le complexus émotif, comme l'ont bien fait présager les observations de Raymond et Sérieux.

En réalité, on ne peut, à mon sens, pas davantage proposer une théorie purement « bulbaire » ou une purement « thyroïdienne » de la maladie de Basedow, qu'on ne peut faire une théorie purement « nerveuse » ou purement « hépatique » du diabète. L'origine nerveuse de certains diabètes

est aujourd'hui hors de discussion, tout comme l'origine dyscrasique de certains autres. Mais pour créer le diabète il faut que le signal de l'hyperfonction hépatique ait été donné par le système nerveux central, lequel peut seul suractionner la glande.

Il en va, je pense, de même pour la maladie de Basedow. Un *primum novens* à déterminer, peut-être variable — il pourrait être microbien, résulter d'une auto-intoxication, d'une extension de lésions neuraxiales préalables ou se réduire à une action de choc, — met la glande thyroïde en hyperactivité par l'intermédiaire du système nerveux. L'hyperthyroïdation commence lentement, sourdement d'abord. Il y aura dès lors trop de thyroprotéine à détruire le long des voies lymphatiques. Alors apparaîtront aussi ces troubles fonctionnels précurseurs : émotivité, anxiété des choses ambiantes, tremblements légers, éclat du regard, relevés dans l'hyperthyroïdation expérimentale et qu'on ne manque guère de constater aussi au début d'une maladie de Basedow bien observée. C'est la période inaugurale et celle aussi de la *fièvre inaugurale* de Bertoye, la PÉRIODE FONCTIONNELLE que nous autres, localisateurs excessifs de par l'anatomie pathologique qui nous subjugue, nous rayons vraiment beaucoup trop souvent du cadre! C'est la période sans lésion, celle précisément où cette lésion se crée, de par les réactions suscitées à l'encontre de l'aberration fonctionnelle par les tissus qu'elle sollicite vicieusement.

Et la lésion, je suis convaincu que c'est l'hyperthyroïdation qui la crée. Celle-ci introduit dans la glande le mouvement sub-inflammatoire, la thyroïdite avec retour à l'état fœtal des éléments sécréteurs, puis l'effacement des lymphatiques intra-lobulaires commandé par la sclérose périacineuse elle-même. Une fois que les voies normales d'excrétion de la thyrocolloïne auront définitivement disparu du centre de chaque lobule, la phase d'intoxication et véritablement thyroïdienne de la maladie de Basedow devra fatalement s'ouvrir. Un produit de sécrétion anormal, fœtal, dont la toxicité spéciale doit dès maintenant préoccuper les expérimentateurs, va désormais entrer en scène. Ceci est un fait d'ailleurs et non pas une hypothèse. La thyromucoïne n'est pas la thyrocolloïne nor-

male; c'est tout au plus une thyrocolloïne imparfaite ou plutôt c'est celle qui servait à l'organisme, alors que tout, dans le tissu conjonctif, était à détruire, à transformer à coups d'actions leucocytaires mécaniques, phagocytaires ou sécrétoires. C'est un tel produit qui va se résorber directement par les veines, tomber dans le sang et y agir à la façon d'une substance très active, étrangère au mouvement nutritif actuel, inutilisable dans un organisme adulte. Je suppose qu'il va, comme l'universalité des poisons, agir tout d'abord sur le système nerveux. Je lui impute aussi la fièvre du goître exophtalmique. Je crois même que c'est lui qui suscitera le syndrome basedowien : là est la seule hypothèse que je forme, en spécifiant que je ne lui accorde qu'une valeur directrice de recherches expérimentales futures. Je ne tiens pas d'ailleurs ici, je ne tiens jamais, à une hypothèse; quant aux faits, c'est tout autre chose! Je dis que dans le goître exophtalmique légitime et confirmé, il y a une lésion thyroïdienne. C'est ce que j'affirmais déjà il y a plus de neuf ans. J'ajoute maintenant que cette lésion consiste, non pas seulement dans la thyroïdite interstitielle formative et dans l'annulation centrolobulaire des vaisseaux lymphatiques, véritables canaux excréteurs fonctionnels de la glande, mais encore et surtout dans la substitution, comme élément de sécrétion interne directe, de la thyromucoïne à la thyrocolloïne, d'une thyroïdine fœtale à la thyroïdine adulte, relativement inoffensive.

Je dis qu'il faut déterminer l'action de la thyromucoïne fœtale sur l'organisme avant de nier qu'un produit thyroïdien anormal puisse susciter la triade symptomatique, et de le nier uniquement parce que la thyrocolloïne normale, bien que toxique, ne produit pas un pareil effet. Je vois, par contre, dans les actions toxiques de la thyrocolloïne, la reproduction des prolégomènes symptomatiques de la maladie de Basedow, ceux qui précèdent, soit à longue, soit à brève échéance, l'apparition du syndrome basedowien constitué par ses termes constants. Je vois dans l'intoxication, et dans elle seule, la raison de la fièvre si bien étudiée par Bertoye, fièvre qui est le satellite ou l'épisode obligé de tout goître exophtalmique à la période d'état, dans les conditions même où j'en ai affirmé l'existence et où je l'ai fait étudier par mes élèves. Qui de nos

jours dit *fièvre* énonce *ipso facto* qu'il y a quelque part derrière une cellule vivante, celle d'un microbe ou celle d'un tissu, qui fonctionne comme un ferment et qui produit des toxines. Or, quel qu'en soit le *primum movens,* il y a dans toute maladie de Basedow complète une phase dans laquelle le système nerveux et tout l'organisme vivent sous un régime d'intoxication.

C'est à cette période, qui suit celle que j'ai appelée *inaugurale,* au début de laquelle aussi apparaissent les symptômes majeurs, que j'ai donné le nom de *période d'intolérance.* Elle aboutit, soit à la cachexie terminale et à la mort, soit à une autre période, la *période de tolérance,* équivalant plus ou moins à une guérison. J'observe depuis dix ans deux malades parvenues aujourd'hui à cette phase. Il n'y a plus jamais de fièvre, plus de tachycardie ordinaire, à peine un peu de tremblement. L'exorbitisme rétrograde. Quel est l'état de leur thyroïde, tant anatomiquement qu'au point de vue de sa déviation fonctionnelle? C'est ce que je ne puis pas même supposer. Mais telle est l'évolution clinique dans la plupart des cas qui ne se terminent pas par la mort.

Réservant ma conviction en ce qui concerne le *primum movens* de la maladie de Basedow, je suis d'avis que la cause morbigène qui l'engendre suscite plus ou moins rapidement dans le corps thyroïde une déviation fonctionnelle. Je suis convaincu que celle-ci crée la lésion spéciale de la thyroïde, telle que je viens de la décrire. Du chef de cette lésion, l'organisme est voué pour un temps plus ou moins long à un régime d'intoxication, auquel fait suite celui de tolérance ou bien la mort. Voilà dans quels termes je suis et reste « thyroïdien ». La lésion de la thyroïde me paraît aussi bien liée à la maladie de Basedow que l'hypersécrétion du glycogène par le foie reste liée au diabète, encore bien que l'origine bulbaire et nerveuse de celui-ci fasse de moins en moins un doute pour personne.

M. Joffroy. — Je suis heureux de voir M. Renaut se montrer « thyroïdien », selon l'expression pittoresque de M. Brissaud.

Je profite de l'occasion pour lui demander quelques éclaircissements, car il y a loin, à ce qu'il semble, entre sa manière actuelle d'envisager les choses et celle qui est exposée dans la thèse de Bertoye, dont une partie

est écrite de la main de M. Renaut. Dans ce dernier travail, le goître exophtalmique est considéré comme une maladie infectieuse et la cause morbigène de la maladie comme appartenant à l'ordre des agents infectieux, les ferments figurés vivants.

D'autre part, la fièvre du goître exophtalmique, dans cette première conception pathologique de MM. Bertoye et Renaut, serait produite « par la mise en jeu des deux facteurs combinés, une perturbation nerveuse et un agent infectieux, celui-ci devant peut-être son existence au défaut de fonctionnement de la glande thyroïde. »

M. Renaut. — Je n'ai aucune peine à avouer que ma manière actuelle de considérer la maladie de Basedow dans ses rapports avec le corps thyroïde a subi une modification depuis la note que j'ai insérée sur cette question dans la thèse de mon élève Bertoye, en 1888. Cette variation porte d'ailleurs non pas sur les faits, mais sur la manière de les interpréter. Les faits que j'ai énoncés sont au nombre de deux et tout le monde les admet aujourd'hui. Le premier, c'est qu'*il y a une lésion thyroïdienne liée au goître exophtalmique confirmé*, et consistant dans une thyroïdite interstitielle subaiguë accompagnée de l'effacement complet des voies lymphatiques intralobulaires. Le second, c'est que, tout comme dans la chlorose et dans les maladies infectieuses, *il y a une fièvre basedowienne* dont on peut dégager le type et décrire les modalités. Cela posé, je devais faire œuvre de pathologiste et proposer une hypothèse sur la pathogénie du goître exophtalmique. Je l'ai fait en mettant à profit, bien entendu, les connaissances qu'on avait en 1888 et non pas en prophétisant celles qui n'ont été acquises que depuis lors.

En 1888, on considérait l'infection microbienne comme la cause presque univoque des mouvements fébriles. Pour expliquer la fièvre du goître exophtalmique, je soupçonnai donc *l'intervention,* dans la maladie de Basedow, *d'un élément infectieux quelconque* (1). Je laissais de côté la cause première, « cause que nous ne tiendrons peut-être pas de longtemps dans la main », pour ne rechercher que la cause possible des « accidents fébriles à allure toxique, survenant comme des épisodes au cours et dans certains cas particuliers de la maladie. » Je pensais que la fermeture des voies lymphatiques pourrait bien être en rapport avec les accidents épisodiques d'apparence toxique, « si ces voies, comme leurs analogues entourant le lobule pulmonaire composé, servent à l'absorption de certaines matières formées *ou amenées* dans la glande thyroïde » pour être ensuite jetées dans la lymphe avant de passer dans le sang. Ces matières toxiques, j'étais en quelque sorte forcé de les imputer au travail d'organismes pathogènes, puisqu'alors on ne connaissait pas une autre origine des toxines susceptibles de provoquer un mouvement fébrile.

Mais nous avons appris depuis lors que les toxines peuvent avoir une tout autre provenance, et que les cellules de l'organisme des vertébrés

(1) Bertoye. — *Étude clinique sur la fièvre du goître exophtalmique*, th. de Lyon, 1888, p. 43.

et de l'homme peuvent tout aussi bien les fabriquer que le font celles des levures, ou les bactéries, ou les cellules végétales quelconques des plantes à alcaloïdes et à glucosides toxiques. Nous savons aussi depuis un certain temps que les cellules lymphatiques ont un pouvoir toxicophage tout aussi bien qu'un pouvoir phagocytaire. J'ai donc utilisé ces données au lieu de m'immobiliser dans les anciennes; et j'ai supposé que, pour cesser d'être nocives, les substances toxiques d'origine autochtone, éliminées par la thyroïde ou dégagées par elle, devaient passer par la lymphe pour arriver inoffensives dans le sang. Cette nouvelle manière de voir a été exposée par moi dans la thèse de mon élève Rivière, dès 1893. Il en résultait une théorie toxique de la maladie de Basedow.

Enfin, la question ayant fait un pas de plus, j'ai tenu compte des nouvelles données expérimentales et de M. Gley, et de MM. Ballet et Enriquez. Au fur et à mesure donc que nos connaissances sur la thyroïde s'élargissaient, je me suis cru en droit de compléter, en m'en servant, ma théorie de l'influence de la lésion thyroïdienne sur les accidents du goître exophtalmique. La suite de la discussion va, du reste, montrer que je n'ai pas eu tout à fait tort d'agir ainsi : puisque MM. Gilbert Ballet et Enriquez ont pu reproduire expérimentalement l'effacement des lymphatiques centro-lobulaires en même temps que certains symptômes de la maladie de Basedow, chez les animaux soumis à l'hyperthyroïdation expérimentale, conformément à nos vues théoriques actuelles.

Tout ceci montre que mes idées sur les rapports du goître exophtalmique avec le corps thyroïde ont, non pas capricieusement varié, mais *évolué* en tenant compte des faits acquis au fur et à mesure par la science.

Puisque j'ai la parole, je veux terminer en mettant à la disposition des membres du Congrès des préparations de goître exophtalmique extirpé sur le vivant, dans lesquelles l'un de mes préparateurs, M. Ch. Bonne, a recherché et mis en évidence les terminaisons nerveuses au sein du corps thyroïde, par la méthode de Golgi. En comparant les images obtenues de cette façon avec celles provenant de corps thyroïdes normaux, on peut aisément reconnaître que les nerfs thyroïdiens ne présentent en ce cas aucune lésion de structure ni aucune atrophie. Bien au contraire, M. Bonne a trouvé autour d'un grain thyroïdien, en particulier, jusqu'à six terminaisons nerveuses en bouton, chiffre dépassant sensiblement la normale. Les recherches de M. Bonne ont cette double importance : 1° qu'elles sont les premières faites jusqu'ici sur l'innervation fine de la thyroïde des exophtalmiques ; 2° qu'elles tendraient plutôt à mettre en lumière le fait d'une multiplication des terminaisons nerveuses destinées aux grains thyroïdiens dans ce cas. Ce dernier fait concorde bien avec la notion d'une hyperfonction initiale de la thyroïde dans les premières périodes de la maladie de Basedow, car les filets nerveux destinés aux grains thyroïdiens sont évidemment des nerfs sécréteurs.

M. E. GLEY. — Sur le fonctionnement de la glande thyroïde et la maladie de Basedow.

La question de savoir quelles sont les relations qui peuvent exister entre la maladie de Basedow et certaines altérations structurales ou fonctionnelles de la glande thyroïde est, à mon sens, des plus obscures encore.

Au début du remarquable rapport qu'il présente au Congrès sur cette question, M. Brissaud la signale comme étant le « but inconnu vers lequel le physiologiste se laisse tout naturellement porter, mais que le clinicien redoute ». Il ne me semble pas que ce soit le clinicien qui se montre ici l'ennemi de l'hypothèse et du système. Qui donc, en effet, a supposé, puis très vite admis, que la maladie de Basedow est due à une sécrétion exagérée de la glande thyroïde? Les physiologistes, au contraire, ont été d'une réserve exemplaire sur ce point.

Quand L. Reverdin (1), en 1882, puis en 1883, avec son cousin A. Reverdin, eut fait voir que l'extirpation du corps thyroïde dans un but chirurgical (traitement du goître) amène une cachexie spéciale et qu'à la même époque il eut indiqué l'analogie qui existe entre cette cachexie et la maladie décrite par Gull (2), en 1873, et par Ord (3), en 1878, et connue depuis sous le nom de *myxœdème,* Schiff (4) remit au jour ses expériences de 1856 sur les graves effets de la thyroïdectomie chez les animaux. Alors, un grand nombre d'expérimentateurs (5), multipliant à l'envi les ablations de thyroïde, de 1884 à 1891, montrèrent que cette opération, si tout l'organe est enlevé, est mortelle pour le chien, le chat, le singe. Il fallut ces six ou sept années pour mettre à l'abri de toute contestation ce fait, à savoir que les troubles observés et la mort résultent bien et uniquement de la suppression de la glande, et aussi pour établir définitivement l'importante notion du rôle nécessaire de la glande thyroïde dans le jeu normal de la vie.

A ce moment, les recherches que je poursuivis, de 1891

(1) E. Gley. — Exposé critique des recherches relatives à la physiologie de la glande thyroïde (*Arch. de Physiol.*, 5e série, t. IV, p. 391, avril 1892).
(2) *Ibid.*
(3) *Ibid.*
(4) *Ibid.*
(5) *Ibid.*

à 1893 (1), prouvèrent, d'une part, que chez les herbivores comme chez les carnivores, contrairement à ce que l'on admettait, la glande thyroïde remplit la même fonction nécessaire et spécifique; et, d'autre part, que cette glande exerce une action antitoxique. J'avais trouvé posée cette dernière question; mais les essais incomplets de Colzi et de Fano et Zanda (2), et même contradictoires de Rogowitsch et de Ughetti (3), n'avaient pu la résoudre. Aujourd'hui, après la démonstration que j'ai donnée de la toxicité des urines des chiens thyroïdectomisés (4) et de la toxicité du sérum sanguin de ces mêmes animaux, et enfin de l'atténuation ou de la suppression des accidents consécutifs à la thyroïdectomie par les injections de suc extrait de glandes thyroïdes (5), on admet très généralement que la glande thyroïde a pour fonction de détruire une ou plusieurs substances toxiques produites par les mutations normales de matières dans l'organisme.

Depuis lors, il ne paraît pas que la question ait beaucoup avancé, sauf sur quelques points de détail. Quelle est cette substance toxique et par quel mécanisme la glande thyroïde la détruit-elle? Sans doute, le produit déversé dans le sang peut s'y mettre en conflit avec le poison et le transformer, comme tendent à le prouver les résultats des injections de liquide thyroïdien. Mais nous ignorons tout de la nature de ce poison et de sa formation, et tout aussi de la nature du produit sécrété par la glande et de l'action de ce produit sur ce poison.

Or, si nous ignorons le mécanisme du fonctionnement normal de la glande thyroïde, comment pourrions-nous connaître le mécanisme de ce fonctionnement troublé?

Il y a d'abord, en ce qui concerne la maladie de Basedow, une question préalable, mais fort importante pour nous, à résoudre. Il s'agit de savoir si cette affection est due toujours

(1) *Arch. de Physiol.*, 1892 et 1893.

(2) E. Gley. — *Arch. de Physiol.*, 1892 et 1895.

(3) E. Gley. — *Arch. de Physiol.*, 1892 et 1895.

(4) Laulanié a publié en même temps que moi des résultats analogues (*Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, 1891).

(5) Vassale (*Rivista sper. di Freniatria e di Med. legale,* XVI, fasc. 4, 1890) avait publié ce fait avant moi; il a bien voulu reconnaître que je l'avais vu, de mon côté, indépendamment de lui.

à la même cause ou si elle n'est qu'un syndrome dont la production peut être déterminée par des causes diverses. C'est ce qu'a très bien compris M. Brissaud, qui examine soigneusement ce point. Sur ce terrain exclusivement clinique, je ne puis le suivre. Il me suffit, d'ailleurs, et je crois qu'aucun médecin ne conteste maintenant ce fait, que dans la maladie de Basedow la glande thyroïde ait été trouvée assez souvent altérée, pour qu'il me soit permis, en qualité de physiologiste, de prendre part à ce débat.

Or, je comprends que l'on soutienne, comme l'a fait très nettement, mais aussi avec une sage réserve, M. Joffroy, que la maladie de Basedow est toujours liée à des altérations de la glande thyroïde; mais je crois qu'on ne peut aller plus loin, pour le moment, sans tomber dans de pures hypothèses. La seule constatation de cette relation, prouvée déjà par de nombreuses observations cliniques, est d'ailleurs un excitant suffisant pour la recherche, sans qu'il soit besoin d'explications hypothétiques, que trop d'esprits ont une tendance naturelle à transformer en une expression exacte de la réalité.

I. — En fait, d'ailleurs, quelle est la valeur de l'explication la plus en faveur actuellement et que défendent plusieurs cliniciens?

L'idée émise d'abord par Möbius [1] a eu une singulière fortune : la maladie de Basedow serait due à une sécrétion exagérée de la glande thyroïde, au phénomène que beaucoup de médecins appellent maintenant d'un barbarisme *hyperthyroïdation.* M. Brissaud a montré la genèse de cette idée, pages 34 et 35 de son rapport. Quelles preuves apporte-t-on à l'appui de cette théorie?

1° La preuve essentielle consisterait dans la reproduction intégrale de la maladie par l'administration à des animaux de doses plus ou moins fortes de suc thyroïdien. Je ne sache pas que jusqu'à présent des expériences méthodiques et en nombre suffisant aient fourni cette preuve. Tel est justement aussi l'avis de M. Brissaud : « Chez le chien, dit-il, l'ingestion de

(1) *Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk.*, I, 1891. Cette idée a été soutenue en France surtout par P. Marie (Soc. méd. des Hôpitaux, 23 février 1894); par Béclère (*Ibid.*, 12 octobre 1894); par Ballet et Enriquez (*Ibid.*, novembre 1894).

lobes thyroïdiens en quantité considérable ne provoque ni la tachycardie, ni l'exophtalmie, ni le goître. Quant aux accidents qui, chez l'homme, résultent de la médication thyroïdienne intempestive ou excessive, ils n'ont aucun rapport, en quoi que ce soit, avec la maladie de Basedow. » (P. 74.) Je n'ai rien à ajouter à ces deux propositions qu'une comparaison, d'autant plus intéressante peut-être qu'elle est tirée d'un fait concernant une glande dont le rôle est analogue à celui de la glande thyroïde. G. Oliver et E.-A. Schafer ont démontré récemment (1) que les injections sous-cutanées d'extrait de capsules surrénales déterminent des phénomènes paralytiques chez les animaux. Songerait-on, d'après ces expériences, à rapporter à une sécrétion exagérée des capsules surrénales l'asthénie et les troubles de la motilité que l'on observe dans la maladie d'Addison? Il n'y a guère plus de raisons à l'heure actuelle, ce me semble, pour attribuer les symptômes du goître exophtalmique à une augmentation anormale de la sécrétion thyroïdienne (2).

D'autre part, il serait bon, pour l'étude systématique de l'action physiologique du suc thyroïdien, de déterminer, dans les mêmes conditions, en manière de contre-épreuve, les effets des injections de suc provenant d'autres glandes. Je rappellerai, à ce propos, que l'augmentation de température, provoquée par le liquide thyroïdien, et considérée par certains médecins comme un des signes permettant de ramener la maladie de Basedow à l'*hyperthyroïdation*, s'observe aussi sous l'influence des injections d'extrait alcoolique de rate (Chamberland et Roux, *Annales de l'Institut Pasteur,* 1888), de bouillon (Charrin et Ruffer, Soc. de Biologie, 26 janvier 1889), d'extrait de rein (Lépine, Acad. des Sciences, 13 mai

(1) *Proceedings of the physiological Society,* 16 mars 1895, et *Journ. of Physiol.*, XVIII, n° 3, p. 230, 1895.

(2) Depuis que cette communication a été faite, j'ai reçu un travail de Walter Edmunds *(Observat. and exper. on the pathology of Graves's disease)*, publié dans les *Trans. of the pathological Society of London,* 1895, duquel il résulte, entre autres choses, que de fortes doses de liquide thyroïdien ont été administrées à des chiens et à des singes sans inconvénients. D'autre part, O. Lanz (de Berne) a constaté (*Deuts. med. Wochensc.*, 12 septembre 1895) que les accidents observés quelquefois chez l'homme à la suite de l'ingestion de « thyroïdine » sont dus surtout aux produits de putréfaction contenus dans certaines préparations de « thyroïdine »; et il a vu, au contraire, l'ingestion d'une grande quantité de thyroïde crue, fraîche, ne donner lieu à aucun symptôme d'intoxication.

1889), d'extrait de muscles (Roger, *Ibid.*, 17 juin 1893), d'extrait de foie, de poumons, de capsules surrénales, de cerveau (A. Rouquès, th. de Paris, 1893). Dans le même ordre d'idées, je citerai les expériences qu'Oliver et Schafer viennent de publier (*Journ. of Physiol.*, XVIII, n° 3, p. 277, 1895), et desquelles il résulte que la diminution de la pression sanguine intra-artérielle que ces auteurs ont constatée à la suite d'injections d'extrait de thyroïde, n'est pas spécifique, mais se produit aussi sous l'influence d'autres extraits glandulaires, de glandes salivaires, par exemple. Si donc cette action vasculaire de l'extrait thyroïdien n'est point spécifique, pourquoi l'effet cardiaque que quelques médecins ont observé après les fortes doses de cet extrait, la tachycardie, serait-il spécifique?

Ce n'est pas le travail récent de Notkine (*Sem. méd.*, 1895) qui peut rendre inutiles ces deux séries de recherches, la détermination précise de l'action physiologique du suc thyroïdien et l'étude comparative d'un ou de plusieurs autres sucs glandulaires. D'abord, la supposition faite par Notkine, à savoir que la glande thyroïde extrait du sang et emmagasine une matière albuminoïde toxique, la *thyroprotéide,* est contraire aux données expérimentales. On a démontré, en effet, que les choses se passent après la thyroïdectomie exactement comme après la néphrectomie ou, mieux, comme après l'extirpation ou la suppression fonctionnelle du foie. Les animaux thyroïdectomisés sont intoxiqués par rétention dans l'organisme d'une substance que la glande détruit ou transforme, comme le foie transforme en urée, c'est à dire en une substance à peu près inoffensive, le carbamate d'ammoniaque, composé très toxique. Pour que la cellule hépatique agisse sur ce corps, il n'est pas nécessaire que celui-ci s'emmagasine dans le foie, et, en fait, il ne s'y accumule pas, mais il est modifié lorsqu'il passe avec le sang à travers le parenchyme hépatique. Il ne serait d'ailleurs possible d'accepter les assertions de Notkine que si cet auteur disait comment il prépare le produit qu'il appelle *thyroprotéide* et comment il le distingue du produit de sécrétion proprement dit, qui est contenu dans ce que l'on appelle *le liquide thyroïdien.*

2° Les partisans de la théorie en question invoquent surtout en sa faveur des faits cliniques. En premier lieu, ils remar-

quent que, dans plusieurs cas de goître exophtalmique traités par les injections de liquide thyroïdien ou par l'ingestion de corps thyroïde, tous les symptômes ont été aggravés par ce traitement. La conclusion que l'on tire de là ne serait légitime que si la connaissance exacte des effets du suc thyroïdien avait permis d'établir entre ces effets et les divers symptômes de la maladie de Basedow une identité radicale; j'ai déjà dit que rien jusqu'à présent ne justifie cette assimilation. D'ailleurs, il existe une contradiction profonde entre les faits cliniques dont il s'agit et les cas de maladie de Basedow dans lesquels on a constaté une amélioration notable, et même la guérison, sous l'influence du traitement par l'extrait thyroïdien (1), et ceux dans lesquels ce traitement n'a produit absolument aucun effet (2). Comment l'hypothèse de Möbius rendra-t-elle compte de ces faits? Elle est tenue cependant de les expliquer.

Il est clair qu'elle n'expliquerait pas davantage les cas dans lesquels la maladie a été améliorée par l'ingestion de thymus; déjà Owen (3), Mikulicz (4), Cunningham (5) ont publié quelques observations où ce résultat curieux paraît avoir été obtenu. A vrai dire, ce résultat, dans l'état actuel de nos connaissances, à peu près nulles, sur les fonctions du thymus, est absolument inexplicable.

3° En second lieu, on apporte à l'appui de la théorie une autre série de faits cliniques, beaucoup plus importants, on doit le reconnaître; et ce sont les observations déjà nombreuses dans lesquelles on a vu se produire l'amélioration ou la guérison de la maladie de Basedow à la suite de l'extirpation partielle de la glande thyroïde. Mais ici encore on trouve des faits contradictoires. A côté des cas où l'on a observé la disparition des symptômes du goître exophtalmique, il y en a, en effet, où s'est produite une simple amélioration, suivie rapidement d'une aggravation des premiers symptômes, et il y en a d'autres où l'opération n'a eu aucun effet d'aucune sorte; je ne parle pas de ceux où le malade est tombé de Charybde en

(1) Rapport de BRISSAUD, p. 79.
(2) Voy. par exemple H. MACKENSIE (*Lancet*, 1890, t. II, p. 545).
(3) *Brit. med. Journ.*, 16 février 1895.
(4) *Berl. klin. Wochensc.*, 22 avril 1895.
(5) *Med. Record*, 15 juin 1895.

Scylla, la cachexie strumiprive aiguë avec tétanie ayant remplacé le goître exophtalmique, à la suite de l'extirpation totale de la glande thyroïde; ici, le résultat n'est imputable qu'aux chirurgiens. Tout récemment, dans un excellent article du *Medical Record* (15 juin 1895), R. H. Cunningham (de New-York) attirait justement l'attention sur ces effets si différents du traitement chirurgical de la maladie de Basedow [1].

Ainsi, les arguments invoqués en faveur de la théorie du « thyroïdisme », considéré comme cause du goître exophtalmique, sont loin d'être absolument démonstratifs.

II. — Pour achever cet examen critique, il ne serait pas malaisé de montrer que la théorie inverse peut être soutenue avec une semblable apparence de raison, à savoir que la plupart des symptômes de la maladie de Basedow sont dus, non pas à l'exagération, mais bien à l'insuffisance de la fonction thyroïdienne. C'est là, du moins, une hypothèse que l'on pourrait sans trop d'audace soumettre aux cliniciens.

A la vérité, en considérant le tableau clinique de cette affection, je suis très frappé de voir que beaucoup des symptômes décrits sont analogues à des troubles que présentent les chiens thyroïdectomisés. Chez cet animal, les accidents consécutifs à l'opération sont presque toujours aigus, on le sait. Or, si l'on rapproche de ces accidents les symptômes de la maladie, tels que les énumère, par exemple, M. Joffroy dans ses intéressantes leçons de 1891 sur la nature et le traitement du goître exophtalmique [2], ou M. Brissaud, à la page 19 de son rapport, mais cependant en laissant de côté pour un moment les signes cardinaux, l'exophtalmie et la tachycardie, et bien entendu aussi la tumeur du cou, on s'aperçoit qu'ils sont presque de tout point comparables. En effet, les tremblements, les contractures, les convulsions épileptiformes sont la règle

[1] J'ai trouvé dans un article d'Oppenheimer (Myxœdema and exophtalmic goître, *Bull. of the Jonhs Hopkins Hospital*, VI, n° 47, p. 33, février 1895) le relevé très sommaire de 68 opérations pratiquées dans ce but (jusqu'en décembre 1894): dans 18 cas, il y eut guérison; dans 26 cas, amélioration plus ou moins marquée; dans 9, aucun changement; dans 5, mort immédiate; dans 4, mort dans les vingt-quatre heures; dans 4 autres, guérison apparente seulement, suivie de la réapparition de tous les symptômes; et enfin, dans 2 cas, tétanie. — Voy. aussi sur ce sujet Heydenreich (*Semaine médicale*, 19 juin 1895, p. 269).

[2] Leçons faites en décembre 1891, publiées in *Progrès médical*, 1894.

chez les chiens thyroïdectomisés. Il en est de même des paralysies; j'ai montré que la paralysie des extenseurs est un phénomène très fréquent dans les premiers jours qui suivent l'opération. Charcot (1), puis Joffroy ont insisté sur la paraplégie des membres inférieurs, signalant ce fait que les malades ont la sensation que leurs membres se dérobent sous eux; il est facile de constater que, très souvent, le chien opéré fléchit sur ses pattes et marche en titubant; au nombre de ces paralysies ne pourrait-on même pas placer l'exophtalmie, qui, pour beaucoup d'auteurs, résulterait de la paralysie des muscles de l'œil? Parmi les troubles cardio-vasculaires, Charcot signalait les battements abdominaux; j'ai observé plusieurs fois ces battements chez les chiens opérés. Même observation concernant les crises de dyspnée. L'amaigrissement est de règle chez ces chiens comme chez l'homme atteint de maladie de Basedow. Les troubles digestifs ne sont pas moins constants, les vomissements surtout. L'albuminurie est également fréquente. Les altérations oculaires, rares d'ailleurs chez l'homme, peuvent se rencontrer chez le chien, j'en ai rapporté des cas (2).

Reste, il est vrai, à expliquer les symptômes principaux, c'est à dire le goître, l'exophtalmie, la tachycardie. Mais n'est-il pas admissible que, tout ou partie du corps thyroïde s'étant, pour une raison ou pour une autre, hypertrophié, de quelque nature que soit le processus anatomo-pathologique, l'organe exerce alors sur le sympathique cervical et sur le pneumogastrique une compression telle, qu'il en résulte une paralysie plus ou moins complète de ces nerfs, d'où l'exophtalmie et la tachycardie? Que si cette explication paraissait insuffisante, ces deux derniers phénomènes pourraient d'ailleurs être attribués à la même cause que les autres symptômes de la maladie, c'est à dire à la rétention de substances toxiques, consécutive à l'altération de la glande thyroïde.

Ainsi, les symptômes de la maladie de Basedow relèveraient soit d'une seule cause, une auto-intoxication, soit de deux causes : la tachycardie et peut-être aussi l'exophtalmie tiendraient à la tumeur même du cou, c'est à dire à un facteur

(1) Cité par JOFFROY, *loc. cit.*
(2 *Arch. de Physiol.* octobre 1893 et janvier 1894.

mécanique [1], et les autres accidents seraient de nature toxique. C'est que le goitre ne se produit sans doute pas, qu'il soit marqué peu ou prou, sans amener une altération plus ou moins profonde des éléments glandulaires et peu à peu l'insuffisance fonctionnelle. Et celle-ci se caractérise, comme chez les animaux thyroïdectomisés, et surtout si elle survient assez rapidement, par un ensemble de troubles du système nerveux, atteignant par conséquent la plupart des grandes fonctions. C'est donc là une forme plus ou moins aiguë des désordres résultant de l'altération de la glande; la gravité des accidents peut varier suivant l'intensité et l'étendue des lésions cellulaires, n'étant pourtant presque jamais aussi grande que chez les animaux, chez lesquels la suppression expérimentale de la glande est brusque et totale, mais ne s'en opposant pas moins à la forme chronique, myxœdème opératoire ou myxœdème spontané.

Sous ce dernier rapport seulement, les deux maladies pourraient être opposées l'une à l'autre. Et, en réalité, il paraît y avoir d'étroites relations entre le goître exophtalmique et la forme aiguë de la cachexie résultant d'altérations profondes de la glande thyroïde. D'autres faits, d'ailleurs, le prouvent aussi. Car, que signifient les cas de coexistence des deux maladies chez le même sujet et ceux dans lesquels on voit le goître exophtalmique précéder le myxœdème [2]?

On pourrait trouver encore une preuve à l'appui de cette opinion dans les remarquables observations de Renaut, que cite Brissaud, pages 44 et 45. Renaut conclut de ses observations, que je ne connais encore que par cette citation, que la lésion thyroïdienne caractéristique de la maladie de Basedow est l'insuffisance de la circulation lymphatique intra-glandulaire. Et il paraît accepter purement et simplement l'interprétation qui est, ce me semble, l'inverse de celle à laquelle

[1] Cette idée, assez en faveur avant la période actuelle, celle des découvertes concernant les fonctions de la glande thyroïde, a peut-être été trop aisément abandonnée. Quelques chirurgiens cependant y sont restés fidèles (voy. T. WETTE, *Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 3, 1892). On remarquera que, dans cette hypothèse, le traitement chirurgical de la maladie de Basedow se justifie parfaitement, comme il se justifie d'ailleurs aussi dans l'hypothèse qui va être exposée tout à l'heure.

[2] A. JOFFROY et Ch. ACHARD. — Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie de Basedow (*Arch. de Méd. exp. et d'Anat. pathol.*, V, n° 6, p. 807, 1er novembre 1893). — Voy. aussi CAMPBELL (*The Lancet*, 25 février 1895).

devraient naturellement conduire ses belles recherches : il pense que les *toxines de la sécrétion*, dans ces conditions, ne sont plus détruites par les cellules lymphatiques et sont versées dans le sang. D'abord, l'existence de ces toxines est inconnue. En second lieu, ce que nous apprennent les recherches récentes d'Hürthle (1) (de Breslau) et de Vassale (2) (de Modène), c'est que le produit utile (et non nuisible) de la sécrétion thyroïdienne sort de la glande par les vaisseaux lymphatiques. Si donc, comme le pense Renaut, la circulation lymphatique dans la glande devient insuffisante, le produit de sécrétion ne pouvant plus être excrété qu'incomplètement, il se formera dans l'organisme une accumulation des substances toxiques que le corps thyroïde détruit normalement.

Toute cette démonstration conduit à cette conclusion, à savoir que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est possible de se faire du mécanisme de la maladie de Basedow une conception qui est exactement le contraire de la conception en vogue, et qui n'est cependant pas moins plausible : l'idée de la diminution de la sécrétion thyroïdienne comme cause de cette maladie peut être défendue par des raisons aussi valables que l'idée de l'exagération de cette sécrétion. L'auteur d'une pareille argumentation, sans doute, court quelque danger; il est presque sûr qu'on me fera dire que le goître exophtalmique est dû, pour employer les barbarismes à la mode, non à l'*hyperthyroïdation,* mais à l'*hypothyroïdation.* Je ne soutiens point cette thèse. Je prétends seulement montrer que l'on pourrait tout aussi bien soutenir l'une ou l'autre de ces deux théories.

III. — Il y en a bien encore une troisième, dont on ne parle guère, mais qui se défend également. Admettons, toujours avec la très grande majorité des médecins, que, dans la maladie de Basedow, la glande thyroïde est altérée. Or, ne se pourrait-il pas, en raison même de ces altérations, que la glande donnât naissance à des produits anormaux, toxiques (3)? C'est ce que

(1) *Archiv. f. die ges. Physiol.*, LVI, 1894.
(2) *Riv. sperimentale di Freniatria e di Med. legale*, XX, 1894.
(3) Les observations dont Renaut vient d'exposer les résultats au Congrès, immédiatement avant ma communication, apportent un précieux appui à cette opinion.

se sont demandé déjà Joffroy (1), Th. Kocher (2), O. Briner (3). C'est surtout ce que se demande Lemke (4), qui pense que la substance toxique formée dans ces conditions est un poison musculaire; ce poison aurait pour effet de diminuer le tonus des muscles et d'amener à la longue leur relâchement; par là peuvent s'expliquer à peu près tous les symptômes du goître exophtalmique. S'il en était ainsi, n'aurait-on pas une explication des cas dans lesquels l'extirpation partielle de la glande est efficace? De même, cette hypothèse ne rendrait-elle pas compte des effets de l'opération de Jaboulay-Poncet (5), l'exothyropexie, qui devrait, par suite, se concevoir comme réalisant une dérivation à l'extérieur des produits de cette sécrétion anormale?

Cette idée trouve encore quelque appui dans les résultats des expériences toutes récentes d'Oliver et Schafer (6), qui ont vu que l'extrait de capsule surrénale altérée (capsules de sujets atteints de la maladie d'Addison) ne possède plus les effets de l'extrait de capsule normale. Or, il y a entre ces deux glandes à sécrétion interne, la thyroïde et la surrénale, de telles analogies générales, que ce rapprochement ne laisse pas d'être instructif.

Quoi qu'il en soit, il est permis de penser que les médecins auraient intérêt à entreprendre l'étude systématique des extraits de glande altérée comparativement avec celle de l'extrait de glande normale.

IV. — Enfin, on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de chercher à concilier les théories opposées. C'est, par exemple, ce que M. Brissaud a ingénieusement tenté pour la théorie bulbaire et pour la théorie thyroïdienne. La conciliation, je crois, n'est qu'apparente. Si, dans la maladie de Basedow, le

(1) *Loc. cit.* Dans ces *Leçons*, JOFFROY paraît avoir été frappé par cette idée, encore qu'il l'indique seulement : « On peut, je crois, écrit-il, expliquer les phénomènes nerveux et autres observés dans la maladie de Basedow par une altération du sang produite par le fonctionnement vicieux du corps thyroïde altéré. » — « On peut, dit-il plus loin, attribuer la maladie à la suppression du fonctionnement ou plus sûrement au mauvais fonctionnement du corps thyroïde. »

(2) *Correspond. Bl. f. schweizer Aerzte*, XXVI, 1er janvier 1895.

(3) *Beiträge f. klin. Chir.*, XII, 1895.

(4) *Deut. med. Wochensc.*, XX, 1894.

(5) *Lyon médical*, 1893.

(6) *Loc. cit.*

sang contient un poison, il est d'importance secondaire que ce poison agisse d'abord sur telle ou telle partie des centres nerveux. Au point de vue pathogénique, ce qui importe, c'est l'intoxication. Il en va ici comme du diabète. On veut bien reconnaître qu'il y a des diabètes d'origine pancréatique, mais on ajoute qu'il existe aussi des diabètes nerveux. Mais que veut-on dire par là? Pour que le syndrome diabète soit réalisé, il faut un trouble de la nutrition, une altération de la cellule hépatique ou de la cellule pancréatique, ou peut-être même des deux éléments à la fois. Que certaines excitations du système nerveux puissent provoquer ce trouble, la chose est possible et, sans doute, vraie. Mais ce n'en est pas moins la déviation particulière du fonctionnement des éléments cellulaires qui reste la cause réelle du diabète et qui seule en peut rendre compte, l'irritation nerveuse n'étant que la cause déterminante; c'est donc ce mécanisme qu'il importe de connaître pour s'expliquer le diabète. De même, dans la question qui nous occupe, c'est le trouble de la fonction thyroïdienne qui constitue le facteur essentiel de la maladie.

V. — Tout cet examen nous amène à une conséquence, somme toute, assez modeste : nous ne pouvons dire actuellement qu'une chose, c'est qu'il y a beaucoup de cas de maladie de Basedow, sinon tous, dans lesquels on saisit une relation, et sans doute une relation de cause à effet, entre des altérations de la glande thyroïde et cette maladie. Il faut savoir, pour le moment, s'en tenir à ce point.

Ce résultat, d'ailleurs, quelque incomplet qu'il soit, rapproché de ce que nous savons des accidents aigus consécutifs à la thyroïdectomie totale et, d'autre part, du myxœdème, présente un grand intérêt au point de vue de la pathologie générale. C'est qu'il constitue une preuve importante en faveur de la doctrine des auto-intoxications.

De jour en jour, cette théorie joue un rôle plus considérable dans l'explication des phénomènes pathologiques et du mécanisme de leur production. Bouchard lui-même, qui fit entrer si hardiment la pathologie dans cette voie nouvelle, ne pouvait guère supposer au début que ses idées prendraient une telle extension.

Ce développement est dû surtout aux découvertes des physiologistes. Ceux-ci ont montré, dans ces dernières années, que les fonctions du foie comme glande antitoxique ne sont pas moins importantes que les fonctions de cet organe comme glande nutritive, puisqu'elles aboutissent à la formation de l'urée, de l'acide urique et des phénol-sulfates, corps inoffensifs ou à peu près en comparaison des composés aux dépens desquels ils sont produits par la cellule hépatique; et que la glande thyroïde et les capsules surrénales exercent un rôle analogue. Et l'on peut prévoir déjà que d'autres organes ont encore leur place marquée à côté des précédents. Le rein n'est donc pas seul à débarrasser l'organisme des poisons qui s'y forment, et la toxicité des urines ne peut permettre seule de juger des processus d'auto-intoxication; une partie indéterminée des poisons organiques étant, en effet, non pas éliminée par les reins, mais détruite sur place, dans divers organes ou peut-être dans le sang, par l'action de principes venus de ces organes. D'autre part, l'action éventuelle du foie sur quelques poisons minéraux ou végétaux accidentellement introduits dans l'économie est peu de chose par rapport à la fonction antitoxique permanente de cette glande, telle que je la rappelais tout à l'heure. Ainsi, la notion des glandes à rôle défensif, des glandes protectrices de l'organisme contre lui-même (1), s'est modifiée et agrandie, et corrélativement la notion des auto-intoxications s'est étendue d'une façon singulière.

Or, les faits pathologiques entrent progressivement en accord avec toutes ces données. Et la physiologie et la médecine s'unissent une fois de plus dans la recherche de la vérité, soucieuses seulement de déterminer avec exactitude toutes les conditions dans lesquelles se produisent les phénomènes biologiques, normaux ou troublés.

La séance est levée.

(1) E. Gley. — Conception et classification physiologiques des glandes (*Revue scientifique*, 1er juillet 1893).

SÉANCE DU 2 AOUT (SOIR)

Présidence de M. le Dr Gilbert BALLET, Vice-Président et de M. JOFFROY, Président.

Sommaire. — Corps thyroïde et maladie de Basedow, suite de la discussion. — MM. Gilbert Ballet et E. Enriquez : Des effets de l'hyperthyroïdisation expérimentale. — M. Jules Voisin : Trois observations de goître exophtalmique. — M. Pons : Un cas de maladie de Basedow. — M. Verrier : Trois observations de goître exophtalmique guéri par l'hydrothérapie et l'électricité. — M. L. Régnier : Traitement du goître exophtalmique par l'électricité. — MM. Taty et Guérin : Sur un cas de maladie de Basedow traité par l'ingestion de thymus de veau et de thyroïdine. — M. Trénel : Paralysie générale à symptômes tabétiques coïncidant avec des symptômes basedowiens. — M. Mabille : Goître exophtalmique datant de plusieurs mois disparaissant sous l'influence de la grossesse. — M. Babinski : Coexistence de la maladie de Basedow avec des phénomènes de myxœdème. Discussion : MM. Gley, Renaut. — M. Matton : Maladie de Basedow avec cirrhose hypertrophique thyroïdienne chronique et cirrhose hypertrophique du foie avec ictère. — M. Joffroy : Acromégalie et maladie de Basedow traitées par la médication thyroïdienne.

M. Bourneville : Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne. Discussion : MM. Ballet, Bourneville. — M. Régis : Myxœdème infantile et traitement thyroïdien. — MM. Taty et Guérin : Myxœdème et goître simple traités par la médication thyroïdienne. — M. Matton : Un nouveau cas d'idiotie myxœdémateuse avec cachexie pachydermique.

Appendice. — Conférence de M. le professeur Renaut : Contribution à l'étude de la constitution, de l'articulation et de la conjugaison des neurones.

La séance est ouverte à deux heures.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la deuxième question : *Corps thyroïde et maladie de Basedow.*

MM. GILBERT BALLET et ED. ENRIQUEZ. — **Des effets de l'hyperthyroïdisation expérimentale.**

Parmi les théories qui visent à expliquer le mécanisme pathologique de la maladie de Basedow, il en est une qui

semble entrer en faveur, c'est celle de l'hyperthyroïdisation. Nous avons pensé qu'avant de chercher à formuler une théorie il était intéressant d'étudier chez l'animal les effets de l'hyperthyroïdisation. C'est dans ce but que nous avons entrepris un certain nombre d'expériences, dont nous désirons communiquer les résultats au Congrès.

On aura à apprécier dans quelle mesure les faits expérimentaux que nous rapportons militent en faveur de l'opinion d'après laquelle la maladie de Basedow dépendrait simplement de l'hyperfonctionnement du corps thyroïde. Bien que, en l'état actuel des choses, cette manière de voir nous paraisse la moins inacceptable de toutes celles auxquelles on s'est rattaché, nous tenons à déclarer que nous faisons, pour l'heure, bon marché des interprétations, et que nous visons surtout à exposer des faits.

Tout d'abord, avant de mentionner les résultats de nos recherches expérimentales sur l'hyperthyroïdisation, il est intéressant de rappeler que, chez l'homme, le traitement thyroïdien intensif, dirigé contre les accidents du myxœdème, a provoqué, dans diverses circonstances, l'ensemble des symptômes qui caractérisent le syndrome basedowien.

A cet égard, l'observation rapportée par M. Béclère à la Société médicale des Hôpitaux (12 oct. 1884) est des plus instructives. Par suite d'une erreur, une femme atteinte de myxœdème avait pris une dose énorme de corps thyroïde, 92 grammes en onze jours. « J'ai pu voir ainsi succéder, dit » M. Béclère, aux phénomènes myxœdémateux tous les signes » d'une intoxication thyroïdienne. Au premier rang de ces » signes, il faut placer la tachycardie et l'instabilité du pouls. » A côté de la tachycardie viennent prendre place l'élévation » de la température, l'insomnie, l'agitation, la polyurie, la » glycosurie, l'albuminurie, une paraplégie incomplète avec » sensation de chaleur et production de sueurs. Si à ces » symptômes déjà signalés par les auteurs anglais, j'ajoute » ceux que j'ai observés en plus chez ma malade, à savoir » l'augmentation des respirations, un tremblement passager » des bras, de l'exophtalmie et de l'éclat du regard, on est » frappé de la ressemblance qui existe entre ces symptômes et » ceux de la maladie de Basedow. » Tels sont les signes de

l'intoxication thyroïdienne chez l'homme. Nous allons maintenant exposer ceux que nous avons constatés chez les animaux.

Nous avons essayé de réaliser l'hyperthyroïdisation par trois procédés différents : la greffe, l'ingestion et les injections d'extrait glycériné préparé selon la formule de Brown-Séquard et d'Arsonval.

Ces divers procédés nous ont fourni des résultats différents.

Disons d'abord que l'âge semble être un des facteurs importants de l'intoxication thyroïdienne, quel que soit le procédé employé. C'est ainsi qu'un de nos chiens, âgé de cinq mois tout au plus, a succombé à des injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien au bout de sept jours, alors que les mêmes injections pratiquées à des doses doubles ou triples, et cela pendant un temps beaucoup plus considérable, un mois, deux mois et même davantage, ne sont pas parvenues à tuer des chiens âgés de plusieurs années.

Quant à la valeur relative des trois différents procédés d'hyperthyroïdisation que nous avons employés, l'intoxication réalisée par les injections d'extrait glycériné de *corps thyroïde de mouton* s'est montrée plus intense et plus constante.

a. Nous ne ferons que mentionner la *greffe*, que nous avons pratiquée *deux fois :* une fois sous la paroi abdominale et une seconde fois au niveau même des lobes thyroïdes, greffant à chacun des lobes thyroïdes normaux d'un chien un autre lobe qui venait d'être enlevé d'un chien d'apparence normale.

Nous doublions donc ainsi la masse thyroïdienne de notre animal. Dans les deux cas, les animaux se sont vite remis et au bout de huit à dix jours ne présentaient rien d'anormal. Nous devons cependant mentionner, parmi les symptômes présentés par le second, un amaigrissement très considérable (de 8 kilos il est tombé à $4^{k}500$ en huit jours), accompagné de polyurie et d'albuminurie.

b. L'hyperthyroïdisation par *ingestion* des lobes thyroïdes de mouton a été pratiquée sur *six* chiens. Dans aucun cas, même après une intoxication intense et prolongée (un de nos chiens a absorbé plus de 800 lobes en quarante jours environ), nous n'avons provoqué la mort.

C'est là un fait expérimental à signaler, qui semble en contradiction avec les accidents graves, dans quelques cas

même mortels, apparus chez l'homme à la suite de l'ingestion des lobes de mouton, et qu'il n'est pas sans intérêt d'opposer à l'hyperthyroïdisation par les injections d'extrait qui, elles, beaucoup plus actives, au moins dans nos expériences, arrivent à tuer l'animal dans près de la moitié des cas.

D'ailleurs, les symptômes présentés par les chiens qui ingéraient du corps thyroïde ont été très variables d'un cas à l'autre. Deux chiens ont avalé chacun une ration quotidienne de dix à vingt lobes, et même davantage, et cela d'une façon continue pendant deux mois environ, sans présenter d'autre symptôme qu'une diarrhée quelquefois sanglante, ayant apparu dès les premiers jours de l'expérience, et un amaigrissement progressif dans la suite.

Dans trois autres cas, bien que les doses ingérées fussent beaucoup moins élevées (elles ont varié entre 4 et 12 lobes par jour) nous avons observé un certain nombre de symptômes qu'on peut diviser en symptômes immédiats et symptômes tardifs.

Les symptômes immédiats, qu'on peut observer déjà une demi-heure, une heure ou deux heures après l'ingestion, ont consisté tout d'abord en une élévation de la température accompagnée d'une augmentation des pulsations cardiaques. L'élévation de la température a été constante, mais est restée toujours peu élevée; elle a oscillé entre quelques dizièmes de degré et un degré tout au plus. Par contre, l'augmentation du nombre des pulsations, la tachycardie a varié dans des limites plus étendues, s'élevant quelquefois jusqu'au chiffre élevé de 170, 180, 190.

Quelquefois nous avons constaté une augmentation de 40 à 50 pulsations par minute pour une élévation insignifiante de deux dixièmes de degré. Il n'y a donc pas eu, dans cette série d'expériences, parallélisme constant entre la température et le pouls.

La tachycardie, très variable d'un cas à l'autre, très variable aussi chez le même animal d'un jour à l'autre, ne semblait pas être influencée par la quantité de lobes ingérés. C'était, en général, dans les premiers jours de l'expérience qu'elle atteignait les chiffres les plus élevés.

En dehors de ces deux symptômes fièvre et tachycardie,

l'ingestion des corps thyroïdes a provoqué chez nos trois chiens une période d'excitation pendant laquelle ils ne pouvaient rester en place, sautant partout, allant et venant, mordant souvent les barreaux de leur cage. A ce moment-là, l'œil présentait un éclat particulier qui modifiait d'une façon manifeste le regard de l'animal; c'est là un fait que nous avons constaté à maintes reprises. Cette période commençait une heure environ après l'ingestion et durait environ trois heures, après quoi survenait un temps de calme et de tranquillité relatifs. Quelquefois aussi, mais d'une façon très inconstante, nos animaux ont présenté pendant cette période soit des crises de tremblement généralisé, soit des crises de dyspnée, qui ont duré environ deux heures et ont disparu totalement ensuite. Voilà pour les symptômes immédiats.

Les symptômes tardifs ont consisté en une conjonctivite, en de l'amaigrissement et en des troubles digestifs.

La conjonctivite, en général légère, n'a manqué chez aucun de nos chiens soumis à l'hyperthyroïdisation par quelque procédé que ce soit. Elle débutait en général dès le troisième jour ou le quatrième au plus tard, et persistait tant que durait l'expérimentation, augmentant et diminuant d'une façon très régulière, parallèlement à l'intensité de l'intoxication.

L'amaigrissement a été également constant et toujours très rapide : les trois chiens sont tombés respectivement, le premier, de 7 à 5 kilos en six jours; le deuxième, de 12 à 7 kilos en seize jours; le troisième, de 16 à 12 kilos en sept jours.

Quant aux symptômes digestifs, ils ont été très variables suivant les cas. Chez les deux chiens qui n'ont pas présenté de symptômes immédiats bien nets, ils ont apparu dès le début de l'expérience. Le soir même du jour où ils ingéraient, l'un six lobes et l'autre huit, ils présentaient de la diarrhée, qui a persisté en s'aggravant pendant toute la durée de l'expérience. En dernier lieu, les selles contenaient du sang en assez grande quantité.

Chez les trois chiens qui ont présenté la période d'excitation, des troubles digestifs, consistant en perte de l'appétit, soif exagérée, vomissements, selles diarrhéiques et sanglantes, se sont manifestés de temps en temps d'une façon très passagère.

Le symptôme le plus fréquemment signalé a été la diarrhée contenant ou non du sang.

Notre sixième chien soumis à l'ingestion de doses relativement faibles au début (de 4 à 6 lobes par jour) a présenté au maximum tous les symptômes que nous venons d'examiner. Dès le troisième jour de l'expérience, la période d'excitation était chez lui beaucoup plus accentuée : deux heures après l'ingestion, il ne pouvait se tenir en place, devenait très méchant, poussait des aboiements continuels, mordait avec acharnement les barreaux de sa cage. Cette modification dans le caractère du chien a forcé le garçon qui l'observait à réclamer une muselière, « sans laquelle, disait-il, il ne pourrait arriver à prendre la température ». Dans une de ses périodes d'excitation, l'animal est parvenu à briser avec ses dents une planche de trois centimètres d'épaisseur.

A ce moment-là, le pouls de 120, chiffre normal, montait jusqu'à 160, 175 au maximum et la température s'élevait quelquefois jusqu'à 39°8 Cette excitation disparaissait entièrement au bout de quelques heures, et le lendemain matin l'animal, au contraire abattu, fatigué, se laissait approcher très facilement. Au cinquième jour de l'expérience, on commence à remarquer, pendant la période d'excitation qui suit l'ingestion d'une nouvelle ration, un certain éclat du regard, qui va s'accentuant les jours suivants. Au septième jour, voici ce que nous trouvons consigné sur l'observation : « Le garçon » prétend que depuis avant-hier, quelques heures après l'in- » gestion, il remarque que les yeux sont plus saillants, le » regard est flamboyant, fixe. Cet état dure jusqu'au lendemain » matin ; à ce moment-là les yeux sont plus rentrés. »

Depuis ce moment-là, notre attention a été appelée plus spécialement sur ce symptôme. Voici, à cet égard, ce que nous trouvons sur l'observation au neuvième jour de l'expérience. « Nous sommes tous d'accord pour trouver une grande » différence dans l'expression des yeux. Les globes oculaires » ressortent certainement plus qu'hier. La partie inférieure de » la cornée n'arrive plus à affleurer le rebord conjonctival. »

A partir de ce moment, nous augmentons la ration quotidienne : de 4 à 6 lobes, elle est portée à 20 et même davantage. Tous les symptômes de la période d'excitation existent au

grand complet et, en plus, l'*exophtalmie* s'accentue. Dès le lendemain, on note : « les yeux suppurent toujours, ils flam- » boient d'une façon extraordinaire, ils ressortent beaucoup » plus des orbites. » Quelques jours après : « les yeux ressor- » tent des cavités orbitaires d'une façon prodigieuse. » A ce moment-là l'intoxication thyroïdienne arrivait au maximum, le pouls était à 180, la température aux environs de 40°, l'urine contenait de l'albumine en quantité notable ; l'animal avait de la diarrhée et de temps en temps une selle sanglante avec du sang très rouge. Signalons de plus que chez cet animal fortement intoxiqué, les crises de tremblement et de dyspnée, que nous avons observées quelquefois chez les trois autres chiens pendant la période d'excitation, étaient à la fois plus intenses et plus fréquentes. Enfin, l'amaigrissement était très considérable, le chien étant descendu en douze jours de 24 à 16 kilos.

Voilà les symptômes que nous avons observés au cours de l'hyperthyroïdisation par ingestion. Dans aucun cas, nous n'avons relevé une modification nettement appréciable du volume du corps thyroïde. De plus, ce qu'il importe de rappeler, c'est que tous ces symptômes : fièvre, tachycardie, crises de tremblement, dyspnée, changement de caractère, exophtalmie, tous disparaissaient aussitôt qu'on cessait l'expérience. L'amaigrissement, lui aussi, disparaissait d'une façon rapide, l'animal revenant en peu de jours à son poids primitif. D'une façon générale, les symptômes réapparaissaient dès qu'on reprenait l'ingestion. Cependant, chez le chien qui avait présenté au maximum les symptômes d'intoxication, l'ingestion, poussée dans une seconde expérience à des doses très élevées, plus de 20 lobes par jour, ne parvint pas toujours à produire la période d'excitation si nettement constatée dans la première série d'expériences. L'exophtalmie est cependant très régulièrement signalée. L'animal, d'ailleurs très amaigri, présentait, en dehors de la période qui suit l'ingestion, un état permanent de fatigue très prononcée. L'expérience, prolongée pendant plus de quinze jours, ne détermina pas la mort de l'animal.

c. L'hyperthyroïdisation par les *injections sous-cutanées* d'extrait thyroïdien a été pratiquée sur 12 chiens. Elle a

déterminé dans presque tous les cas un tableau symptomatique analogue à celui obtenu par l'hyperthyroïdisation par ingestion, à savoir : 1° immédiatement après l'injection, fièvre, tachycardie, crises de tremblement et de dyspnée, agitation extrême, éclat du regard, et dans deux cas une légère saillie des globes oculaires, à laquelle nous n'osons pas donner le nom d'*exophtalmie,* et qui était beaucoup moins prononcée que celle signalée sur le chien dont nous avons donné l'observation plus haut ; 2° plus tard, une conjonctivite qui n'a jamais manqué et un amaigrissement très rapide.

En dehors de ces signes communs, il existe entre les deux modes d'intoxication, par ingestion et par injections sous-cutanées d'extrait, certaines différences que nous devons indiquer.

D'une façon générale, l'hyperthyroïdisation par les injections agit à la fois d'une façon plus constante, plus intense et plus rapide. Chez 5 chiens sur 12, elle a déterminé la mort (dans un cas six jours après le début de l'expérience), alors que l'ingestion poussée à des doses énormes et continues pendant longtemps (20 à 30 lobes par jour pendant deux mois environ) n'est arrivée à produire le même résultat dans aucune de nos expériences.

La dose d'extrait thyroïdien injectée semble avoir moins d'influence sur la gravité des accidents que l'âge de l'animal en expérience. Des doses relativement faibles (3 à 4 centimètres cubes par jour) ont provoqué rapidement chez nos animaux jeunes des accidents beaucoup plus graves que des doses énormes (20 centimètres cubes et même davantage), répétées pendant longtemps chez des chiens plus âgés. De plus, sur une série de 6 chiens, 3 jeunes, âgés respectivement de deux, trois et cinq mois environ, et 3 autres âgés de quelques années au moins, soumis tous identiquement aux mêmes conditions expérimentales, les 3 jeunes sont morts respectivement au bout de six, neuf et vingt jours, alors que les 3 plus âgés, très amaigris et très cachectiques il est vrai, survivaient encore au bout de trois mois.

Quand on poursuit l'intoxication par les injections, l'amaigrissement s'accentue d'une façon très rapide ; des crises de diarrhée et de melæna surviennent tardivement et se répètent

jusqu'à la mort. Il y a certainement de la polyurie. A plusieurs reprises, l'urine contenait de l'albumine. En dernier lieu, l'abattement survient, l'agitation fait place à la torpeur; les animaux, très fatigués, se déplacent difficilement; quelques-uns semblent même atteints d'une véritable paralysie du train postérieur, ils ne peuvent plus se tenir sur leurs pattes; ils succombent dans le collapsus. Tel est le tableau général.

Il y a plus encore, tandis que l'ingestion n'a provoqué chez aucun de nos chiens une modification quelconque appréciable du côté des lobes thyroïdes, les injections, au contraire, pratiquées toujours à distance, sous la paroi abdominale en général, nous ont permis de constater trois fois pendant la vie, dans la plupart des cas après la mort, des altérations importantes du corps thyroïde.

Le premier chien chez lequel nous avons eu l'occasion d'observer ce fait était un chien relativement jeune, de douze à quinze mois environ, chez lequel de petites doses d'extrait, 4 centimètres cubes par jour, avaient provoqué au maximum le tableau symptomatique ordinaire : fièvre, tachycardie, crises de tremblement, dyspnée, légère saillie des yeux, etc. Vers le cinquième jour, l'observation signale un gonflement peu marqué de la région cervicale. Ce gonflement est bilatéral, il siège de chaque côté du larynx et correspond à la place anatomique occupée par les lobes thyroïdiens; la tuméfaction nous semble plus marquée à gauche qu'à droite. Les jours suivants, elle alla en s'accentuant, mais elle diminua à gauche pour prédominer d'une façon manifeste du côté droit. Au treizième jour de l'expérience, les injections furent supprimées et aussitôt après les différents symptômes, fièvre, tachycardie, excitation, éclat du regard, etc., s'amendaient ou disparaissaient, et parallèlement la tuméfaction du cou commençait à diminuer, pour disparaître entièrement au bout d'une semaine.

Soumis à une nouvelle série d'injections, l'animal présenta de nouveau et simultanément les symptômes mentionnés, en même temps qu'un gonflement très notable du cou. Cette tuméfaction alla progressivement en augmentant, pour constituer au cinquième jour du côté droit du larynx une petite tumeur arrondie, du volume d'une mandarine. Il s'agissait, selon toute vraisemblance, d'un véritable goître expérimental. C'était la

conclusion à laquelle nous nous étions arrêtés quand nous avons présenté l'animal porteur de la tumeur à une séance de la Société médicale des Hôpitaux [1]. La répétition du même fait expérimental sur deux autres chiens et surtout la constatation des lésions histologiques sont venues depuis confirmer notre interprétation.

Chez un jeune chien, mort au bout de six jours d'intoxication thyroïdienne suraiguë, chez lequel on avait constaté au cours de l'expérience une tuméfaction très nette des lobes thyroïdes, plus accentuée à droite qu'à gauche, tuméfaction qui cependant avait rétrocédé quelque peu la veille de la mort, voici ce que nous avons trouvé à l'autopsie : l'animal, qui pesait 6 kilos au début de l'expérience, ne pèse plus que 4k500. La masse thyroïdienne totale pèse 3g75, ce qui, en tenant compte des différences individuelles assez étendues qui existent dans le poids moyen du corps thyroïde par rapport au poids de l'animal, représente néanmoins une hypertrophie qui a triplé au moins le poids de l'organe. De plus, comme cela avait été constaté au cours de l'expérience, il existe une inégalité considérable des deux lobes, le lobe droit pesant le double environ du lobe gauche. Cette inégalité était encore plus accentuée chez le premier chien qui avait présenté une tuméfaction du corps thyroïde : un des lobes, le droit également, pesait quatre fois plus que le gauche. Dans les deux cas, les lobes plus volumineux étaient dans leur ensemble plus vascularisés que les lobes de petit volume. A travers la capsule, on apercevait sur les deux lobes, plus étendus et plus nombreux sur les lobes hypertrophiés, des points ecchymotiques très nets. Accessoirement nous devons signaler que la peau était recouverte de taches purpuriques, de grandeur variable, circulaires, les plus grosses atteignant le volume d'une pièce de cinquante centimes, les plus petites grosses comme une tête d'épingle.

Les animaux morts d'intoxication thyroïdienne ayant constamment présenté des hémorragies intestinales abondantes, notamment dans les derniers jours, nous avons examiné avec soin le tube digestif, sans y découvrir la moindre ulcération

(1) Soc. méd. des Hôpitaux, 16 novembre 1894.

gastrique ou intestinale. Par contre, après lavage à grande eau, on arrive à distinguer sur plusieurs points, surtout au voisinage du cœcum, un fin piqueté hémorragique.

Telles sont les lésions macroscopiques les plus saillantes que nous avons constatées chez les animaux qui avaient succombé à une intoxication thyroïdienne suraiguë.

Nous devons ajouter que, plusieurs d'entre eux ayant présenté des phénomènes paraplégiques très accentués dans les dernières heures de l'expérience, nous avons examiné avec soin la moelle, sans trouver aucune lésion appréciable à l'œil nu. Nous nous réservons de revenir plus tard, s'il y a lieu, sur l'examen histologique.

Mais le fait le plus saillant de nos expériences réside dans les modifications histologiques importantes que subit le corps thyroïde des animaux soumis à l'hyperthyroïdisation par les injections sous-cutanées d'extrait. Ces lésions histologiques ont été constatées trois fois chez des animaux dont le corps thyroïde avait présenté une tuméfaction manifeste au cours de l'expérience et à l'autopsie; mais, dans nombre de cas, elles existaient également, bien qu'il n'y eût eu aucune augmentation de volume de l'organe.

Variable suivant les cas comme siège, comme étendue, comme intensité, l'inflammation thyroïdienne aboutit en dernière analyse à une transformation granuleuse et ultérieurement scléreuse du parenchyme. Telle est l'opinion du professeur Renaut, qui a bien voulu nous aider dans l'interprétation souvent difficile de nos coupes de corps thyroïde, totalement différentes comme aspect des coupes de thyroïde normal.

Nous résumerons pour aujourd'hui très sommairement les lésions constatées sur les cinq chiens morts d'intoxication thyroïdienne, nous proposant d'y revenir ultérieurement.

Sur les deux chiens qui n'avaient pas présenté de goître pendant la vie, les lésions sont moins avancées. Ce qui domine dans les deux cas, c'est un épaississement très marqué des parois artérielles sans thyroïdite interstitielle manifeste. De plus, dans les deux cas également, on est frappé par le nombre très considérable d'alvéoles de petite dimension. Cette constatation est surtout évidente quand on a

soin de regarder comparativement une coupe de thyroïde normal. Dans ce cas, on remarque que non seulement dans l'ensemble les alvéoles sont beaucoup plus petits, comme s'il s'était produit une prolifération abondante de ces alvéoles, mais aussi, fait important, que très peu d'entre eux, les plus gros exclusivement, ont subi la dégénérescence colloïde.

Les lésions histologiques sont plus accentuées chez les trois autres chiens qui, au cours de l'expérience, ont présenté une tuméfaction appréciable de leur corps thyroïde.

Chez l'un, animal d'un certain âge qui avait résisté longtemps à l'intoxication, les lobes thyroïdes étaient plutôt petits, atrophiés. Sur une coupe d'ensemble, le corps thyroïde apparaît avec des alvéoles normaux, pour la plupart, remplis de matière colloïde; mais, sur certains points, on constate des plaques de thyroïdite scléreuse, qui sont surtout marquées dans l'interstice de certains lobules, mais qui par endroits pénètrent aussi dans l'intérieur des lobules. Il ne semble pas y avoir de modifications du revêtement épithélial alvéolaire.

Chez les deux autres chiens, l'hypertrophie du corps thyroïde a été vérifiée à l'autopsie. A l'examen histologique, l'aspect des coupes est totalement transformé : il n'y a plus traces d'alvéoles; on constate partout une prolifération abondante d'éléments jeunes. Il s'agit là, vraisemblablement, d'un processus portant à la fois sur le parenchyme et sur le tissu interstitiel.

Dans l'un de ces deux cas, les deux lobes ne sont pas altérés, d'ailleurs, au même degré : le lobe droit, qui cliniquement avait donné lieu à une tuméfaction grosse comme une mandarine, était totalement transformé en tissu scléreux avec destruction totale des alvéoles, tandis que le gauche, dont la tuméfaction moins accentuée avait rétrocédé, présentait encore ses alvéoles, quoique sur certains points il fût facile de constater des lésions manifestes de thyroïdite interstitielle.

Mais ce n'est pas tout. M. le professeur Renaut vient de nous décrire minutieusement la lésion thyroïdienne qu'il considère comme spécifique de la maladie de Basedow chez l'homme: à savoir l'obstruction totale du système lymphatique intralobulaire, alors que les lymphatiques interlobulaires restent encore perméables.

Il a pu établir ce fait par l'injection interstitielle d'un liquide fixateur, dont il a indiqué la formule: le liquide osmio-picro-argentique.

Nous avons traité comparativement un corps thyroïde normal et quatre corps thyroïdes pathologiques (nous appelons pathologiques les corps thyroïdes de chiens qui ont subi pendant longtemps les injections de suc thyroïdien), par la méthode du professeur Renaut. Voici les résultats que nous avons obtenus : trois de ces corps thyroïdes présentaient un nombre de voies lymphatiques imprégnées manifestement moindre que le corps thyroïde normal. Le quatrième offrait, au contraire, au niveau de certains lobules, une imprégnation remarquable; toutefois, d'autres lobules étaient moins imprégnés que ceux d'un corps thyroïde normal. Au total, il nous a semblé que, d'une façon générale, les voies lymphatiques étaient dans leur ensemble moins perméables dans les corps thyroïdes de chiens soumis à l'hyperthyroïdisation par injection que dans le corps thyroïde normal qui nous a servi d'étalon.

Quelles conclusions est-on en droit de tirer de ces faits? Il est évident que l'hyperthyroïdisation, dans nos expériences, a reproduit un certain nombre des symptômes de la maladie de Basedow; nous nous gardons bien de dire : a reproduit la maladie de Basedow.

Nous n'oublions pas, comme l'a dit Claude Bernard, que l'expérimentateur se borne en général à reproduire des troubles et qu'il ne détermine pas des maladies. L'hyperthyroïdisation expérimentale est un accident qui peut bien provoquer certains symptômes rappelant de plus ou moins près ceux de la maladie de Basedow, mais qui, en aucune façon, ne saurait prétendre à réaliser la maladie elle-même.

Indépendamment de la reproduction de la plupart des symptômes du goître exophtalmique par l'hyperthyroïdisation expérimentale, ce qu'il importe de retenir de nos expériences c'est la réaction inflammatoire des plus vives produite dans la glande par l'injection à distance d'extrait thyroïdien : il y a là un phénomène d'élection assez curieux.

Il semble indiquer que la fonction physiologique antitoxique de la glande thyroïde, telle qu'on la conçoit à l'heure actuelle,

s'accomplit dans l'organe lui-même et non dans le courant sanguin.

De plus, la transformation scléreuse de la glande avec destruction complète des alvéoles et des cellules épithéliales, telle que l'ont constatée sur nos coupes MM. Renaut et Malassez, telle que vous pouvez la relever vous-mêmes sur les préparations que nous avons l'honneur de vous soumettre, cette transformation scléreuse, disons-nous, peut expliquer les cas cliniques dans lesquels on a vu les symptômes du myxœdème succéder à ceux de la maladie de Basedow. Elle expliquerait également comment, dans les cas en question, certains symptômes relevant, non plus d'une hyperthyroïdisation, mais bien d'une hypothyroïdisation secondaire, ont pu être améliorés par le traitement thyroïdien, pratiqué sous forme d'injections ou d'ingestions.

Étant donnés ces faits expérimentaux, quelle est, entre les hypothèses proposées jusqu'à ce jour pour expliquer la maladie de Basedow, celle qui peut être tenue pour la plus vraisemblable?

M. le professeur Joffroy, qui a eu le mérite d'appeler particulièrement l'attention sur le rôle possible du corps thyroïde dans la genèse de l'affection, a cherché à rattacher la maladie à des lésions destructives du corps thyroïde, qui amèneraient un trouble dans son fonctionnement. Il est permis de supposer que M. Joffroy ne présenterait pas aujourd'hui sa théorie de la même façon qu'il y a quelques années.

Comme M. Renaut, comme nous-mêmes, M. Joffroy modifierait vraisemblablement sa manière de voir, en tenant compte des faits nouvellement acquis. Or, les lésions invoquées naguère par M. Joffroy sont, comme l'a montré M. Brissaud, des lésions banales existant dans beaucoup de corps thyroïdes normaux. Ces lésions donneraient lieu d'ailleurs à l'hypothyroïdisation, qui n'est point à coup sûr la condition pathogénique de la maladie de Graves.

D'autre part, on ne peut accepter qu'avec réserve l'hypothèse émise par M. Brissaud et naguère par M. Létienne, d'une sorte de cirrhose hypertrophique du corps thyroïde expliquant l'hyperthyroïdisation. En effet, cette lésion est au moins inconstante; sur les préparations que voici et qui

proviennent d'une malade de Saint-Antoine, vous la chercheriez en vain.

Quant à la lésion histologique que M. Renaut a trouvée dans les corps thyroïdes des basedowiens, lésion que nous avons reproduite expérimentalement, elle ne saurait être considérée davantage comme la lésion initiale du goître exophtalmique. Elle nous apparaît plutôt (et M. Renaut, si nous ne nous trompons, se range aujourd'hui à cette manière de voir) comme une conséquence, comme un aboutissant d'une perturbation fonctionnelle primitive de l'organe.

Nous pensons, en effet, que toutes les manifestations primitives ou secondaires du goître exophtalmique sont commandées par un trouble de la sécrétion du corps thyroïde (vraisemblablement la simple hypersécrétion).

Cette hypersécrétion irait actionner dans le bulbe (ou accessoirement dans la moelle) les noyaux qui président à la symptomatologie de la maladie de Basedow; secondairement elle déterminerait dans la glande chez l'homme, comme elle les provoque chez les animaux, les lésions lymphatiques indiquées par M. Renaut.

Quant à la perturbation sécrétoire elle-même, elle serait déterminée selon toute vraisemblance par toutes les causes morales, physiques (infectieuses ou toxiques) qui agissent sur le système nerveux, particulièrement sur le bulbe. On s'expliquerait ainsi, d'une part, que la maladie de Basedow puisse survenir brusquement, comme la clinique nous l'enseigne, sous l'influence d'un choc moral ou autre, d'autre part qu'elle ait une parenté indiscutable avec les divers membres de la famille névropathique; ce qu'il serait difficile de comprendre dans l'hypothèse d'une lésion primitive du corps thyroïde. La théorie que nous proposons (qui est à peu près celle adoptée par MM. Marie et Marinesco) nous semble avoir pour elle l'avantage de cadrer avec les faits cliniques et expérimentaux connus jusqu'à ce jour et de n'être en contradiction avec aucun d'eux.

Mais nous rappellerons, en terminant, ce que nous disions au début de cette communication : notre intention a été beaucoup moins d'exposer une théorie nouvelle que d'apporter des expériences dont les résultats seront peut-être utilisables quand

le moment sera venu d'expliquer définitivement la maladie de Basedow.

Nous désirons, avant de finir, faire part au Congrès d'un essai de traitement qui nous a été inspiré par l'idée que jusqu'à nouvel ordre nous avons été amenés à nous faire du goître exophtalmique.

On est conduit à admettre aujourd'hui, d'après de nombreux faits, qu'à l'état normal, il se formerait dans l'organisme une substance toxique que neutraliserait la sécrétion thyroïdienne physiologique. L'extirpation ou la destruction du corps thyroïde permet l'accumulation dans le corps de cette substance, qui cesse alors d'être neutralisée. Telle est la condition pathogénique du myxœdème. Inversement, dans le cas d'hyperthyroïdisation il y aurait au contraire accumulation de sécrétion thyroïdienne neutralisante ; par suite il y aurait insuffisance relative de substance toxique à neutraliser. Dans ces conditions ne remédierait-on pas aux effets fâcheux de l'hyperthyroïdisation, en ajoutant à l'organisme par injection une quantité plus ou moins grande de cette substance toxique neutralisable? C'est ce que nous avons essayé de faire en injectant du sérum de chiens éthyroïdés à un certain nombre de malades basedowiens. Quelle que soit la valeur de l'idée théorique qui nous a guidés, nous indiquerons les premiers résultats obtenus. Hâtons-nous d'ajouter qu'ils ne sauraient avoir de signification qu'à la condition d'avoir été un grand nombre de fois reproduits et vérifiés. Jusqu'à présent, ce traitement sérothérapique n'a pu être réalisé que sur un nombre très restreint de malades (neuf malades).

Les injections ont été répétées à des intervalles variables (3, 5, 8 jours) suivant les symptômes de réaction présentés par le sujet.

La dose de sérum de chien éthyroïdé injectée était, la première fois, de 4 à 5 centimètres cubes, pour monter progressivement à 15 centimètres cubes, chiffre maximum.

En tout, le nombre d'injections pratiquées sur les neuf malades s'est élevé à une cinquantaine environ.

A plusieurs reprises, nous avons assisté aux accidents ordinaires qui peuvent accompagner toute injection de sérum : fièvre, urticaire, éruptions diverses, douleurs articulaires,

Nous devons signaler, en outre, que chez deux malades l'injection d'une dose relativement faible (8 et 12 centimètres cubes) a été suivie de crises de tétanie, accompagnées de bourdonnements d'oreilles, d'éblouissements, de vomissements, etc., accidents qui, à notre connaissance, n'ont pas été signalés à la suite des injections de sérum.

Étant donné que la tétanie se produit fréquemment chez les chiens auxquels on a pratiqué l'ablation du corps thyroïde, on est autorisé à penser que, chez nos deux malades, les crises ont été également déterminées par le poison (ou les poisons) contenu dans le sang injecté. Il va sans dire que chez ces deux malades, nous avons abandonné aussitôt le traitement. Aucun accident ultérieur ne s'est d'ailleurs manifesté.

A la suite des injections, d'une façon générale, les malades se sentaient améliorés; ils étaient plus calmes, moins énervés.

Quant aux symptômes de la maladie, ils ont été diversement influencés suivant les cas.

Le goître existait dans 7 cas sur 9. Trois fois il n'a subi aucune modification appréciable (un cas se rapporte à une malade opérée par M. Poncet); trois fois il a présenté une diminution de deux à trois centimètres dès le lendemain de l'injection. Dans le septième cas, la diminution de la tumeur thyroïdienne, très manifeste pour la malade et pour l'entourage, atteignit le chiffre de 6 centimètres.

Chez tous, même chez ceux qui n'avaient pas de goître apparent, l'injection a déterminé une sensation particulière de tension au niveau du corps thyroïde.

Le tremblement nous a semblé également diminuer d'intensité dans presque tous les cas.

Le nombre des pulsations a diminué régulièrement de 20 à 30 dès le lendemain de l'injection, mais cette diminution a toujours été passagère.

Quant à l'exophtalmie, elle n'existait que dans trois de nos observations. L'une se rapporte à la malade opérée par M. Poncet et chez laquelle l'injection de sérum n'a produit aucune modification du côté du goître; pareillement, l'exophtalmie n'a été influencée en aucune façon. Par contre, dans les deux autres cas l'exophtalmie a subi une amélioration progressive et très manifeste pour les malades et pour leur entourage.

Tels sont les résultats obtenus. On voit que s'ils ne sont pas démonstratifs, ils sont encourageants et qu'ils nous autorisent à continuer nos recherches dans le sens où nous les avons entreprises.

M. J. VOISIN. — Trois observations de goître exophtalmique.

OBS. I (1). — *Goître exophtalmique très rapidement amélioré par la médication thyroïdienne — Guérison des symptômes concomitants du goître et de l'exophtalmie.*

Amanda Ver..., âgée de trente-deux ans, ne présente rien dans ses antécédents héréditaires. Son père s'était toujours très bien porté. Sa mère seulement était un peu nerveuse, impressionnable, mais elle n'eut jamais de crises nerveuses.

Elle ne se rappelle pas avoir été malade dans sa jeunesse. Elle était, dit-elle, seulement un peu anémique.

Après un accouchement, il y a six ans, elle eut quelques névralgies et de la migraine. Enfin, en décembre 1893, elle eut l'influenza, à la suite de laquelle elle fut très fatiguée; mais ce ne fut qu'en mars 1894 qu'elle commença à remarquer l'exorbitisme et le goître. Le goître se développa très rapidement et au bout de quinze jours, dit-elle, elle fut très incommodée par des palpitations et de l'œdème des membres inférieurs. Son caractère changea aussi. Elle devint très irritable. Elle ne pouvait supporter aucune observation. Tout l'agaçait. En même temps, l'insomnie apparut et, plus tard, le tremblement des membres supérieurs et l'impossibilité de travailler à l'aiguille.

Elle prit du bromure de potassium, de la digitale, et en dernier lieu de la teinture de vératrine, cinq à six gouttes. Elle n'éprouva aucun soulagement de cette médication.

Le 15 août 1894. — Je vois cette malade pour la première fois et voici ce que je constate : femme petite, maigre, chétive, à teint terreux, cachectique. Les lèvres sont cyanosées et les membres inférieurs sont œdématiés jusqu'au genou.

Les yeux sont saillants, brillants, durs. Les paupières abaissées ne les recouvrent pas entièrement. Le regard est vague et la physionomie a un aspect étrange.

Le cou présente un goître volumineux. Le lobe droit est plus saillant que le gauche. Le pourtour du cou mesure 40 centimètres. On ne sent pas de battements, ni de pulsations. On remarque seulement au toucher que cette région est chaude.

La malade est très impressionnée à notre vue. Sa parole est saccadée, troublée. Ses membres supérieurs sont agités d'un petit tremblement

(1) *Bulletin de la Société des Hôpitaux de Paris,* 19 octobre 1894.

uniforme. Elle est dans l'impossibilité absolue de tirer une aiguille et de coudre. Le tremblement est continu, mais augmente par l'émotion et aussi par notre présence. Le pouls est presque imperceptible, très fréquent. On compte 150 pulsations. Les battements du cœur sont très fréquents, mais peu prononcés en ce moment. On sent plutôt une ondulation du cœur. Aucun bruit de souffle à l'auscultation. On constate quelques faux pas du cœur. Le cœur est comme forcé.

Du côté de la poitrine, on signale quelques râles sous-crépitants à la base. La respiration est fréquente. Il y a essoufflement aussitôt que la malade marche et surtout monte.

Rien à signaler du côté du tube digestif. L'appétit est normal. Selles régulières. Les urines n'ont pas été examinées. La malade dit qu'elle urine comme d'habitude.

Insomnie. Pas de rêves. Pas de cauchemars. La malade ne peut dormir parce qu'elle sent les battements de son cœur. L'intelligence est nette et on ne signale aucun symptôme de paralysie. La sensibilité est normale.

Traitement. Suppression de tous les médicaments. 8 grammes de glande thyroïde de mouton par jour en deux fois avant chaque repas.

Le 22 août. — La malade a pris depuis le 26 août, très régulièrement deux fois par jour, ses morceaux de glande thyroïde. La malade se trouve beaucoup mieux. Elle est moins irritable; elle se sent moins oppressée. Les battements de cœur l'incommodent moins. Le pouls est tombé à 120. Le gonflement des membres inférieurs est moins prononcé.

La malade a uriné davantage mais n'a pas conservé ses urines. Elle a pu dormir quelques heures. Le tremblement est moins prononcé et l'émotivité moins accusée. Le goître et l'exophtalmie ne paraissent pas avoir changé.

Le 2 septembre. — Le pouls est à 100. Grand changement dans le caractère. La malade est redevenue douce comme autrefois. Le tremblement a disparu et la malade peut travailler. Le sommeil est bon depuis deux jours et l'œdème n'existe plus que faiblement autour des malléoles.

Le 15. — Se trouve très bien. N'est plus incommodée par les battements du cœur. Pouls 90. Le goître persiste, mais le pourtour du cou n'a plus que 36 centimètres au lieu de 40. L'exophtalmie est diminuée. Le regard est moins brillant et moins vague. La physionomie est devenue naturelle. Pas de tremblement. Sommeil très bon. Aucune trace d'œdème.

Le 15 juillet 1895. — Je revois cette malade. La guérison s'est maintenue. Il n'y a plus d'exophtalmie et de symptômes généraux. Le goître est peu prononcé ($0^{m}34$), mais persiste et le lobe droit est toujours plus gros que l'autre. Le pouls est à 76. La malade a pris jusqu'au mois de janvier 1895, tous les jours, son alimentation thyroïdienne. Elle prenait 4 grammes seulement depuis novembre.

A partir de janvier, elle ne prit plus que 2 grammes tous les deux jours, puis à partir de juin elle ne prit que 2 grammes deux fois par

semaine. En ce moment-ci, elle continue son traitement sous cette dernière forme.

Obs. II. — *Goître exophtalmique grandement amélioré par l'alimentation thyroïdienne — Disparition des symptômes généraux : tachycardie, tremblement, irritabilité, émotivité, diarrhée et polyurie — Diminution de l'exophtalmie et du goître — Persistance des crises épileptiques — Disparition des crises diarrhéiques et polyuriques par l'alimentation thyroïdienne — Réapparition momentanée de ces crises par la suppression de l'alimentation, puis guérison.*

Ser..., âgée de trente-neuf ans, vient à la consultation externe de la Salpêtrière le 22 octobre 1894.

La mère eut, paraît-il, un goître simple. Son oncle maternel est idiot. Son père était bien portant. Elle a un frère et une sœur bien portants.

A quinze ans, elle eut une crise d'hystérie. Jusque-là, elle s'était bien portée. Depuis 1892 elle a, d'après son mari, des crises nombreuses d'épilepsie. Elle jette un cri initial, tombe sans connaissance tantôt sur le dos, tantôt sur la face, présente le pouce en dedans et a de l'obtusion intellectuelle consécutive à cet accès. Morsure de la langue et aucun souvenir de ce qui s'est passé. Elle prend de 3 à 6 grammes de bromure de potassium depuis cette époque.

Enfin, en 1890, les yeux ont commencé à grossir et le goître n'était pas apparent, les battements de cœur existaient depuis deux ans et, quand le goître a apparu, les battements sont devenus moins forts. Un médecin fit le diagnostic de goître exophtalmique il y a trois ans.

De janvier à juillet 1894. — Elle entre dans le service de M. Brissaud, à la Salpêtrière, où elle suit sans résultat un traitement électrothérapique. Elle présentait à cette époque et elle présente encore de la diarrhée et de la polyurie (8 à 10 litres d'urine).

Le 29 octobre 1894. État actuel. — Exophtalmie très prononcée. Regard brillant, bizarre, vague. Les paupières ne recouvrent pas complètement le globe oculaire, quand on dit à la malade de fermer les yeux. Pas de signe de Stellwing ni de Græfe. Facies hagard; teint terreux; pas de cyanose des lèvres.

Cou assez volumineux. Tour du cou en bas, 34 centimètres, en haut 30 centimètres, au milieu 32 centimètres. Le lobe droit de la glande est plus volumineux que l'autre; pas de frémissement, ni de susurrus dans cette glande, mais souffle continu. Oppression très grande en notre présence. Émotivité et tremblement général des membres supérieurs et inférieurs. Tics convulsifs de la face et par moment mouvements choréiformes des membres supérieurs.

Les battements du cœur sont fréquents (140), mais pas de palpitations douloureuses en ce moment. A l'auscultation, les bruits sont normaux, non métalliques; pas de souffle.

Léger œdème au niveau des malléoles.

Pas de troubles de la sensibilité, pas d'hémianesthésie.

Bouffées de chaleur par moments.

L'insomnie n'existe plus en ce moment, depuis qu'elle prend régulièrement du bromure de potassium.

Son caractère est insupportable. La malade est d'une irritabilité excessive. Elle ne peut supporter aucune observation sans qu'elle se mette en colère. Son mari se trouve très malheureux avec elle. Il dit que la vie n'est pas tenable.

Tous les deux ou trois mois, elle présente des crises hystéro-épileptiformes.

Elle n'est plus réglée depuis deux ans.

Enfin, tous les jours, deux ou trois crises de diarrhée et polyurie, 8 à 10 litres.

Quand ces crises de diarrhée arrivent, la malade n'a pas le temps d'aller au cabinet.

Traitement. Lotions froides. 4 grammes de corps thyroïde frais de mouton par jour. 2 grammes de bromure de potassium.

Le 16 décembre 1894. — Cette malade a commencé son traitement le 16 octobre. Elle prit régulièrement sa glande thyroïde et son bromure de potassium. Elle ne fit pas de frictions. Elle a peur de l'eau chaude comme de l'eau froide et n'a jamais pu prendre de douches. Elle est angoissée et toute tremblante quand elle est en présence d'un jet de douche.

Elle se trouve beaucoup mieux. Son goître et surtout son exophtalmie sont moins prononcés. L'état général est bien meilleur aussi. La malade est moins nerveuse, moins irritable, moins méchante à l'égard de son mari. Elle est aussi moins oppressée, moins tremblante. Elle peut travailler maintenant.

Les règles sont revenues le 12 novembre et le 12 décembre. Elles n'avaient pas reparu depuis deux ans.

Le 2 décembre. — Cette malade, qui prenait son traitement depuis le 16 octobre, a été prise de fièvre et de rougeurs de la face, en même temps que de vomissements. Cet état dura vingt-quatre heures. On suspendit tout traitement, excepté le bromure de potassium. On le reprit quatre jours après. Le pouls était alors à 152. La malade eut une crise d'épilepsie le 6 décembre. Le pouls était à 102-104 avant la crise thyroïdienne.

Elle présente encore des crises de diarrhée qui durent seulement quelques heures, mais elles ne reviennent maintenant que deux fois par semaine au lieu d'être quotidiennes.

Elle n'a plus de crises de diurèse. Elle rend seulement un litre et demi d'urine au lieu de huit à dix litres. Elle n'a plus de crises d'étouffement, ni de mouvements choréiformes, ni de tremblement.

Le cou présente la même grosseur.

L'exophtalmie a diminué. Le malade ferme très bien les yeux. Les palpitations ont disparu.

Le 8 janvier 1895. — Cette malade depuis cinq jours ne prenait plus de corps thyroïde. Aussitôt la diarrhée a repris; diarrhée intense, ne permettant pas à la malade d'aller au cabinet. Pendant qu'elle prenait le corps thyroïde, elle n'avait pas de diarrhée : une selle seulement par jour.

A eu aujourd'hui une crise d'épilepsie et, deux jours auparavant, elle a présenté de l'irritabilité. Elle se fâchait à propos de tout. Toujours avant la crise d'épilepsie, cette malade, nous affirme le mari, présente un saignement de nez pendant quatre à cinq jours, et quand ce saignement de nez s'arrête, la crise épileptique a lieu.

L'oppression n'est pas augmentée, non plus que les battements de cœur. Mais de l'amaigrissement s'est produit depuis cinq jours; elle a perdu en partie ce qu'elle avait gagné pendant son alimentation thyroïdienne. Sous l'influence de son alimentation, la figure s'était remplie, le teint terreux avait disparu pour faire place à un teint frais. Le poids du corps avait augmenté de quatre kilos.

Pour le mari, qui observe avec beaucoup de soin sa femme, le mieux a cessé quand on a diminué l'alimentation thyroïdienne. Depuis quinze jours, elle prenait seulement tous les deux jours 4 grammes de corps thyroïde au lieu de 4 grammes tous les jours. On reprend aujourd'hui 4 grammes de corps thyroïde frais par jour. On supprime le bromure de potassium.

Le 8 février. — Le mieux s'est tout de suite fait sentir sous l'influence de la médication thyroïdienne. La diarrhée a disparu. L'embonpoint est revenu. Le caractère est devenu doux et enfin les palpitations ont disparu.

Mais, depuis le 1er février, elle ne peut se procurer de corps thyroïde. Aussitôt la diarrhée est revenue au bout de quarante-huit heures et le caractère est devenu insupportable. La tachycardie a reparu. Enfin, le 5 février, crise épileptique et gonflement des yeux après cette crise.

Le pouls, qui était à 100 pendant l'alimentation, a monté après la suppression du médicament à 120 et aujourd'hui il est à 140.

Avant la crise épileptique, la malade eut pendant quatre jours son saignement de nez.

Le mari trouve que sa femme a le caractère aussi insupportable qu'avant le traitement; mais elle est moins oppressée et elle ne présente plus de tremblement.

Le 8 mars. — La malade reprit son traitement thyroïdien le 10 février et deux jours après l'amélioration était des plus manifestes. Tout symptôme d'irritabilité, de diarrhée, etc., disparut.

Le 22. — Elle suspend le traitement pendant dix jours. Les symptômes reparaissent mais moins accusés. Cependant le huitième jour les palpitations reparaissent, ainsi que le tremblement. Depuis le 3 mars, elle prend son traitement thyroïdien et nous la trouvons aujourd'hui très bien. Le pouls est à 100. Le caractère est très doux. Il n'y a pas d'oppression ni de tremblement. L'appétit est bon. Pas de diarrhée, ni de diurèse. La malade marche sans fatigue et travaille à son ménage.

Les yeux sont moyennement gros. Ils n'ont plus d'éclat étrange. Le cou est un peu moins gros et il n'y a plus de palpitations. Les règles viennent régulièrement.

Le 2 mai 1895. — S... a pris régulièrement du corps thyroïde tous les jours jusqu'au 15 avril et, depuis le 15 avril, elle n'en prend plus que deux fois par semaine.

L'amélioration s'est maintenue. Le pouls est à 100. Le cou présente 30 centimètres de pourtour au milieu et 32 centimètres en bas. C'est une diminution de 2 centimètres. Les yeux sont beaucoup moins saillants. La fermeture palpébrale s'effectue très bien. Aucune trace de tremblement et d'essoufflement. Caractère doux. Plus de diarrhée. Constipation au contraire. Un litre et demi d'urine.

Le 17 juillet 1895. — Pourtour du cou : à la base 31 centimètres, au milieu 29 centimètres. Depuis le 29 mai, cette malade a pris régulièrement deux fois par semaine du corps thyroïde.

Le mieux se maintient. Le goître persiste. L'exophtalmie a beaucoup diminué et les palpitations sont nulles. Les autres phénomènes généraux irascibilité, tremblement et troubles gastro-intestinaux n'existent plus.

Obs. III. — *Goître exophtalmique, amélioré par l'ingestion du corps thyroïdien — Disparition d'abord des symptômes généraux — Persistance du goître et de l'exophtalmie, mais diminution de volume.*

Bel..., âgé de cinquante ans, vient à la consultation externe à la Salpêtrière, le 17 décembre 1894, pour son goître exophtalmique.

Voici son histoire : Au mois d'octobre 1893, elle se mit à tousser et, au mois de janvier 1894, elle s'aperçoit que son cou grossit et que ses yeux ont un aspect bizarre. Son mari lui dit qu'elle a un regard drôle. Ses yeux grossissent et les paupières les recouvrent difficilement. En même temps, elle ressent quelques battements de cœur.

Enfin, au mois de mai 1894, elle a l'œdème des membres inférieurs et présente de l'insomnie et du tremblement, avec de l'irritabilité dans le caractère.

Le 26 septembre 1894. — Elle est prise de crises cardiaques avec douleur poignante au cœur et étouffement, puis de crises diarrhéiques qui durent quinze jours. De temps en temps, elle présente des bouffées de chaleur avec transpirations abondantes.

Les règles sont supprimées depuis huit mois.

Avant cette époque, elle s'était toujours très bien portée. Jamais elle n'avait eu de convulsions étant jeune et aucune fièvre éruptive. Mariée, elle n'avait présenté rien de particulier.

Le 26 décembre 1894. État actuel. — Cette femme est d'une taille moyenne et d'un embonpoint ordinaire. Elle dit avoir beaucoup maigri.

Son cou est gros : il présente 35 centimètres de pourtour au milieu et en bas et 32 centimètres en haut.

Le lobe droit de la glande thyroïde est plus accusé que le gauche. On

sent les battements de l'artère carotide qui soulève cet organe. Pas de mouvements d'expansion.

Les yeux sont gros, très brillants et donnent à la physionomie un aspect particulier. Les deux yeux sont gros mais celui de droite est plus proéminent. Les paupières recouvrent les deux yeux.

Les battements du cœur sont violents, forts et font entendre un bruit métallique. Le pouls est à 110.

Pas d'œdème des membres inférieurs. Tremblement léger des membres supérieurs. Très émotive en ce moment. Sursaute au moindre bruit. Son caractère est très irritable, très emporté. Elle ne supporte aucune observation. Autrefois elle était très douce.

Insomnie par période.

A eu à plusieurs reprises des crises de diarrhée. N'en a pas en ce moment. Quand ces crises de diarrhée la prennent, elle n'a pas le temps d'aller à la garde-robe. Urines copieuses, un litre et demi à deux litres, mais pas de crises polyuriques. Ni sucre, ni albumine.

Ne peut marcher longtemps, ni monter un escalier sans étouffements.

Bouffées de chaleur montant au visage, s'accompagnant de sueurs. A toujours trop chaud. Ne peut rester couverte au lit.

Appétit bon. La malade prend deux à trois litres de lait, indépendamment de sa nourriture ordinaire.

Elle prend en outre du bromure de potassium et 50 centigrammes d'iodure de sodium.

Nous lui laissons sa médication et nous ajoutons 4 grammes de corps thyroïde frais de mouton par jour.

Le 15 janvier 1895. — B... a pris régulièrement son traitement. N'a présenté aucun symptôme d'intoxication.

Se trouve mieux. Moins oppressée. Marche mieux. N'a plus de tremblement. Se montre moins irritable. Dort bien.

Le pouls est à 90. Les battements sont moins forts. La malade n'en est pas incommodée.

Les yeux et le cou sont dans le même état.

Le 1er mars 1895. — Le mieux se maintient. Pouls 88. Les yeux paraissent moins gros. Le cou présente un centimètre de moins au pourtour. On continue le traitement.

Cette malade n'a pas été revue depuis le 1er avril 1895.

M. PONS. — **Un cas de maladie de Basedow.**

C'est une modeste observation médicale que je viens apporter au Congrès. Elle a quelque peine à y trouver place après les beaux et savants discours qu'il nous a été donné d'entendre aujourd'hui. Cependant, cette lecture s'impose. Il s'agit, en effet, d'une malade entrée tout récemment à l'Asile de Picon, que MM. les Congressistes pourront voir, dimanche, lorsqu'ils

honoreront cet établissement de leur visite. En attendant, je demande la permission de leur faire l'exposé de ce cas clinique.

B..., femme E..., ménagère, née à Labenne (Landes), âgée de trente-un ans, entre à l'Asile le 1er juillet 1895. Il n'y a pas d'aliénés dans sa famille. Son père était buveur et serait mort subitement, d'une rupture de varices. Sa mère était asthmatique; son grand-père et sa grand'mère maternels seraient morts phtisiques (d'après la malade).

La femme E..., qui avait une certaine lucidité au moment de son admission, a donné elle-même ces renseignements, qu'elle a confirmés dans la suite.

Elle a passé son enfance à Mont-de-Marsan avec ses parents. Après sa douzième année, sa famille la conduisit à Bordeaux et la malade fut employée dans les ateliers de conserves alimentaires, qui occupent dans notre ville un grand nombre de femmes.

Son éducation est à peu près nulle. Elle sait lire et tracer quelques lettres. Complètement négligée par ses parents, elle a eu de bonne heure une conduite irrégulière; elle a eu plusieurs amants. A l'âge de vingt-un ans elle a été épousée par l'un d'eux, et son premier enfant est né cinq mois après son mariage.

Sa santé a été bonne pendant son enfance. Réglée à douze ans, la menstruation s'est établie normalement. Sa conduite désordonnée lui attirait des mauvais traitements de la part de son père, un alcoolique brutal. A la suite d'une scène de violence (elle avait alors quinze ans), elle eut une attaque nerveuse, suivie plus tard d'autres semblables.

Bien que les détails fournis par la malade ne doivent être acceptés qu'avec réserve, ce fait clinique paraît acquis à l'observation, la femme E... nous ayant appris spontanément, d'elle-même, qu'elle tombait et qu'elle avait « des mouvements et des rêves pénibles ».

Ces attaques ont disparu à une certaine époque, que sa mémoire n'a pas gardée.

Les premiers temps de son mariage furent heureux. Elle eut un second enfant trois ans après son mariage, en 1887, et un troisième, une fille, en 1889, qui est morte.

Après la naissance de son dernier enfant, elle tomba malade et eut, dit-elle, la scarlatine. Son mari était un ivrogne, se détachait d'elle et la battait fréquemment. Elle commença alors à ressentir les atteintes d'une maladie nerveuse. Elle vomissait souvent et ne pouvait rien garder.

Il y a deux ans environ, un distingué confrère de Bordeaux la vit, pour la première fois, à la consultation du Bureau de bienfaisance. Il nous a affirmé qu'à cette époque, aucun goître n'était apparent chez la malade. Elle avait une excitation exubérante, l'œil brillant, du tremblement musculaire et le médecin la prit pour une alcoolique en train de faire de la paralysie générale. Comme symptôme accessoire, il avait été frappé de la sensation de chaleur incommode éprouvée par cette femme,

qui lui rendait intolérable le contact des vêtements épais et des couvertures la nuit, en plein hiver.

La malade s'est représentée à la consultation à la fin de l'an dernier. La tumeur du cou était alors très visible et la femme E... entra à l'hôpital. Elle était, au moment de son admission, sous le coup d'un dépérissement physique prononcé, résultant de l'inanition. Depuis un an, son mari la maltraitait et elle se privait de nourriture. On a constaté au devant du cou l'existence d'une tumeur dont l'apparition remonterait au début de ses infortunes conjugales. La malade présentait une altération de la voix et des spasmes glottiques. Elle souffrait d'une dyspnée pénible, s'aggravant au moindre effort et de palpitations violentes. Il n'y avait pas, chez elle, d'exophtalmie, mais de la gêne dans les mouvements du globe de l'œil avec injection de la conjonctive.

A Saint-André, la femme E... était devenue boulimique. Elle présentait un tremblement musculaire aux membres supérieurs, s'exagérant par l'émotion et aux membres inférieurs par la station debout. Enfin, elle se plaignait d'une sensation de chaleur incommode qui la portait à se découvrir la nuit.

Au point de vue mental, on a constaté une excitation habituelle qui se traduisait par une loquacité diffuse, une susceptibilité anormale du caractère, des accès de colère fréquents provoqués par des causes futiles.

La femme E... a quitté l'hôpital améliorée, au mois de février dernier. A cette époque, les troubles intellectuels persistaient à un certain degré, mais la tachycardie avait diminué et l'hypertrophie thyroïdienne avait complètement disparu.

Rentrée chez elle, la malade a vu s'aggraver son désordre mental. Elle était incapable de se livrer à la moindre occupation. Ses voisines la rencontraient souvent dans la maison, errant sans but, le regard fixe, monologuant et faisant des gestes. Ses enfants étaient dans un état de malpropreté repoussante et son ménage était délaissé. Son mari la maltraitait et, ne trouvant pas les repas préparés, s'absentait constamment.

Un incident, qui n'a peut-être pas la portée qu'on a voulu lui attribuer, vint mettre fin à une situation pénible, en plaçant cette malheureuse sous la protection de l'autorité. Elle fut surprise se livrant à des attouchements sur son petit garçon et arrêtée pour attentat à la pudeur, quoiqu'on n'ait jamais bien connu la nature des actes qu'elle ait pu commettre. M. le D[r] Lande, médecin légiste, découvrant à la fois la maladie de Basedow et l'aliénation mentale, obtint en sa faveur une ordonnance de non-lieu. Elle a été séquestrée immédiatement à l'Asile.

État de la malade au moment de l'admission. — La femme E... est de petite taille, frêle d'apparence. Elle offre de nombreux signes de dégénérescence. La tête est petite, étroite latéralement. Le crâne et la face sont asymétriques. Le côté droit de la face est effacé et le sourcil droit plus élevé que le gauche.

Le visage est fortement coloré, le regard brillant et les yeux humides,

légèrement injectés. Le front est bombé, les rebords orbitaires font saillie et cette circonstance explique le faible relief des globes oculaires. L'exophtalmie ne peut être constatée du premier coup, l'œil étant enfoncé sous la voûte orbitaire. L'examen latéral la met en évidence. La malade se plaint, d'ailleurs, de battements, d'un poids sur les paupières, de picotements aux angles palpébraux et ces signes subjectifs viennent compléter l'observation, en permettant de conclure à l'existence d'une véritable exophtalmie.

La peau est moite. Sa température paraît un peu supérieure à la normale. La paume des mains est le siège d'une transpiration abondante. Une éruption discrète de boutons d'acné existe à la surface de la poitrine et du dos. La face antérieure des deux jambes présente des taches noirâtres en grand nombre. La malade affirme qu'elle a eu, il y a deux ou trois ans, une éruption croûteuse qui lui donnait de vives démangeaisons.

L'exploration de la poitrine permet de constater une respiration soufflante aux deux sommets, surtout à droite. La malade aurait eu autrefois des hémoptysies.

Le pouls est petit, mou et offre quelques intermittences. Il bat 134 fois à la minute.

La paroi thoracique présente une voussure précordiale bien marquée et deux dépressions : l'une, dans le premier et le deuxième espaces intercostaux, en rapport avec les mouvements respiratoires; l'autre, plus petite, dans le troisième espace, se produisant avec les battements du cœur.

Le cœur bat violemment et fréquemment. L'auscultation de l'organe fait percevoir un bruit de frottement dur, systolique, qui couvre entièrement le petit silence et ne fait pas complètement disparaître le premier bruit du cœur. Il a son maximum d'intensité au centre d'une surface limitée par le bord gauche de la matité précordiale et une ligne tirée du mamelon au cinquième espace intercostal. Il n'est pas modifié par la position de la malade. On ne perçoit pas de souffle valvulaire ni de frémissement cataire. Le cœur est hypertrophié; sa pointe bat dans le cinquième espace intercostal.

M. le professeur Picot, qui a soigné la malade à l'hôpital Saint-André, a bien voulu la revoir à l'Asile. Il a constaté à nouveau et déterminé, avec son autorité incontestée, les troubles fonctionnels et les lésions de l'organe cardiaque. Il a conclu à l'intégrité de l'appareil valvulaire et à l'existence d'une péricardite ancienne.

Les jugulaires sont soulevées au moment de la systole. Les artères font une saillie volumineuse au-dessus de la fourchette sternale.

Au niveau de la région thyroïdienne siège une tumeur pulsatile, molle, de la grosseur d'une petite orange. Elle a l'aspect bilobé et est divisée en deux parties par une dépression médiane. La partie droite est un peu plus forte que la gauche. Elle est le siège dans toute son étendue, mais surtout à sa périphérie, de battements violents, isochrones avec le cœur, et le stéthoscope permet d'y percevoir un souffle systolique

ayant son maximum d'intensité sur les bords. La malade nous apprend que, lorsqu'elle se met en colère, son cou se gonfle. Mesurée d'un côté à l'autre, cette tumeur a dix centimètres de largeur.

Il faut noter encore chez notre malade l'atrophie des seins. L'examen des organes génitaux n'a rien révélé d'anormal.

Quelques autres symptômes sont intéressants à mentionner. C'est d'abord une céphalée continue, gravative, localisée exclusivement à la région bi-pariétale, où la sensibilité des téguments est exagérée. La malade se plaint, en outre, d'une sensation incommode de chaleur « qui lui monte à la tête ».

La sensibilité cutanée offre de nombreuses anomalies. Elle est obtuse dans tout le côté droit de la face et du dos, à la face postérieure de l'avant-bras droit, dans toute l'étendue du thorax, de la fesse gauche et à la face externe du membre inférieur droit. Deux zones d'hyperesthésie existent au niveau de l'épaule gauche et au côté droit de l'abdomen.

Le champ visuel est notablement rétréci des deux côtés, un peu plus à gauche.

Le réflexe pharyngien est aboli et le chatouillement de la plante des pieds ne provoque aucune réaction. Quand on l'interroge, la malade a des mouvements nerveux. Les mains et les avant-bras sont le siège d'un tremblement très fin, continu, qui s'exagère dans l'extension. Quand on veut explorer le pouls, les tendons des fléchisseurs font saillie et se meuvent sous le doigt, masquant ainsi les pulsations de la radiale. L'examen de la langue la montre nette et immobile.

Du côté de l'état mental, on note une dépression profonde avec obtusion des idées. La malade se plaint de douleurs au sommet du crâne et y porte la main. Elle pousse de grands soupirs en secouant la tête. Des hallucinations pénibles la tourmentent. De grandes troupes d'hommes et de femmes passent dans la rue et lui crient qu'on va la noyer. Elle est prise parfois d'un tremblement émotif et se met à pleurer. On l'accuse de crimes dont elle est innocente. Elle n'a pas « tué ses enfants », comme on le prétend. Son unique faute est d'avoir négligé sa petite famille. Mais elle n'était pas en état de la soigner, car elle était malade. « Elle ne regardait pas ses enfants et souvent même ignorait leur existence. »

Les phases d'excitation, dont la forme vient d'être indiquée et qui sont marquées par des remords délirants et des terreurs hallucinatoires, sont suivies d'un état d'affaissement avec confusion mentale. La malade est immobile, répond qu'elle ne sait rien, ne se souvient de rien. Elle laisse parfois écouler son urine.

Suite de l'observation. — 11 juillet. — La malade est toujours dans le même état de confusion mentale avec accès fréquents d'agitation paroxystique. Elle s'occupe machinalement aux travaux grossiers du ménage.

A certains moments, elle s'arrête, regarde fixement devant elle, secoue la tête, agite violemment les bras et devient très rouge. Cette crise, qui se répète trois à quatre fois dans la journée, dure trois à quatre minutes.

Puis, la congestion du visage disparaît et la malade reprend sa besogne. Elle entend toujours des voix qui la menacent de mort.

Les nuits sont mauvaises, elle ne dort pas, les yeux étant presque constamment ouverts. Elle a des cauchemars, voit des soldats se battre, des serpents qui lui mordent le bras. Une nuit, elle nous a dit avoir vu le diable noir, cornu, passer devant elle et s'envoler au loin.

La stupeur est plus marquée qu'au début; elle n'a pas de mémoire. Si on l'interroge, elle fait des efforts pour répondre et n'y parvient pas. Elle secoue la tête, fait un geste d'impatience et le tremblement menu des doigts augmente. Si on explore le pouls, les frémissements des tendons sont un obstacle pour compter les pulsations.

La température axillaire, le pouls et le chiffre des respirations ont été notés.

La température s'est maintenue à peu près uniforme depuis l'entrée, marquant une légère élévation vespérale : le matin, à 37°4; le soir, à 38°2.

Le pouls, toujours rapide, a présenté des variations très grandes, nullement en rapport avec les données thermométriques. On l'a souvent noté moins rapide le soir, où la température était plus élevée. Ainsi nous trouvons, le 8 juillet au matin, 136 pulsations, le soir, 104; le 12 juillet au matin, 134 pulsations, le soir, 104. La fréquence du pouls paraît être influencée par l'état émotif, la malade étant plus fatiguée et impressionnée par l'examen médical le matin que le soir.

La même remarque s'applique à la dyspnée. Le nombre des respirations varie généralement entre 40 et 46, ce dernier chiffre observé le matin de préférence.

L'analyse de l'urine des vingt-quatre heures a donné, le 12 juillet, les résultats suivants :

Urée	21g60
Acide urique	0g45
Acide phosphorique	2g12
Volume	1,300cc

19 juillet. — L'obtusion mentale est plus marquée. La malade est inerte; si on lui ordonne de travailler, elle fait quelques mouvements, puis s'arrête. Elle a plus fréquemment dans la journée de ces crises congestives déjà mentionnées et semble être sous le coup d'hallucinations pénibles. La céphalée bi-pariétale est intense. Il y a de la dyspnée qui n'est pas cependant extrême avec le nombre de respirations (46). La mesure de la tumeur donne onze centimètres. Le pouls et la température sont notés : T. matin, 37°1; soir, 38°2. P. matin, 120; soir, 115. Urine des vingt-quatre heures, 1,350 centimètres cubes.

La nuit du 19 au 20 a été agitée et insomne. Le 20 au matin, la malade est affaissée, stupide. Elle n'a pris aucun aliment dans la journée d'hier et dans la matinée d'aujourd'hui. La paume des mains est inondée de sueur. T. matin, 38°1 ; soir; 38°4. P. matin, 122; soir, 115. R. matin, 46; soir, 44.

Le volume de l'urine des vingt-quatre heures a considérablement baissé (825 grammes). L'analyse a donné les chiffres suivants :

Urée	14g875
Acide urique	0g249
Acide phosphorique	1g046

se décomposant ainsi :

Phosphates alcalins	0g677
Phosphates terreux	0g369

La tumeur mesure 11c5

Le 21. — S'est manifestée une défervescence (37°1, matin ; 38°1, soir) et dès le 22, la courbe thermique reprend son allure des premiers jours. La stupeur est moins intense; la malade peut expliquer ses hallucinations : des hommes la menacent de lui couper le cou, on lui reproche d'avoir volé de l'argent. Elle travaille assez régulièrement. Le goître mesure 10c5.

Une nouvelle crise mentale, semblable à celle du 20, s'est manifestée dans la journée du 26. La température du matin a été de 37°4, celle du soir, de 38°6. Comme précédemment, la journée s'est passée dans l'affaissement et le mutisme. La nuit a été agitée, la malade criant à plusieurs reprises « qu'elle ne se laisserait pas tuer ». Malgré cette aggravation apparente des symptômes, la tachycardie est moins forte qu'au début (106 le matin, 104 le soir). Il est vrai que la malade prend deux grammes de teinture de digitale par jour. Les respirations sont très fréquentes (50 à 52 à la minute). T. matin, 37°4; soir, 38°4. La tumeur mesure 11c5.

Le 27. — Les observations thermométriques reprennent leur type habituel: 37°1 le matin, 38°2 le soir. Le pouls varie de 128 à 115. Malgré la fréquence des respirations, la dyspnée n'est pas excessive, de l'aveu même de la malade. On remarque que le chiffre des respirations (58) fléchit sensiblement lorsqu'on examine la malade à son insu. Elle est déprimée, mais sans stupeur. Elle a de fréquentes hallucinations. Elle voyait, dans la matinée du 28, son mari sur le haut d'une montagne qui lui criait qu'il allait l'étrangler. Son travail est assez régulier. Il y a constamment de la constipation et de l'anorexie qui persistent.

L'urine des vingt-quatre heures a été analysée le 28 juillet. On a obtenu les chiffres suivants :

Urée		12g025
Acide urique		0g225
Acide phosphorique	alcalin ... 0g992 terreux... 0g495	1g487
Volume		1,850cc

Depuis le dernier accès d'agitation, la polyurie a augmenté et le chiffre de l'urée se maintient inférieur au chiffre normal.

La tumeur a sensiblement diminué de volume et ne mesure plus que neuf centimètres d'un côté à l'autre.

Le 31 juillet. — La malade est tranquille. Elle dort et mange mieux, travaille passablement. Les hallucinations semblent avoir disparu. Elle montre seulement un état d'apathie profonde, avec abolition des sentiments affectifs.

Les observations donnent : T. matin, 36°7 ; soir, 37°2. P. matin, 110 ; soir, 105. R. matin, 58 ; soir, 52.

En résumé, la disparition de la fièvre, la diminution de la tachycardie, les modifications favorables de l'état mental indiquent une amélioration évidente en dépit de la fréquence des respirations qui persiste. Cette amélioration coïncide avec une diminution du volume de la tumeur thyroïdienne, qui ne mesure plus d'un bord à l'autre que 65 millimètres.

L'urine, à cette date, offre la composition suivante :

Urée		15g75
Acide urique		0g267
Acide phosphorique	terreux... 0g84 alcalin.... 0g54	1g38
Volume des vingt-quatre heures		1,700cc

Dans l'excellente page de critique que M. Brissaud a écrite pour le Congrès de Bordeaux, il fait un exposé magistral des doctrines qui ont cours sur le goître exophtalmique. Il met, surtout, en présence les deux théories qui sont le plus en faveur auprès du monde savant : la théorie thyroïdienne et la théorie nerveuse.

La lecture de ce rapport, très impartial, ne convertit à aucune de ces doctrines, peut-être parce qu'elles sont également ingénieuses, défendues l'une et l'autre par des hommes également éminents. Il y aurait donc quelque témérité à vouloir formuler, à l'heure actuelle, une opinion sur un sujet si obscur et si controversé.

Il me sera permis de remarquer, toutefois, que l'observation qui précède est peu favorable à l'hypothèse d'une infection thyroïdienne. Il est difficile, en effet, d'attribuer un rôle capital, dans la scène morbide, à ce goître qui vient faire son apparition tardivement, qui disparaît pour se montrer de nouveau. A moins qu'on ne suppose que le goître existait dans le principe, qu'il n'a jamais disparu en totalité et qu'il a pu exercer en tout temps l'action toxique que la théorie thyroïdienne lui assigne.

Si l'on suit attentivement l'histoire de la malade depuis son enfance, on est porté plutôt à chercher la genèse de cet état

morbide dans une intoxication initiale qui a fait de bonne heure une hystérique de la femme E... Elle n'a jamais cessé d'être en puissance d'hystérie et les signes cliniques qu'elle présente encore aujourd'hui permettent de la considérer comme une hystérique. Lorsque les attaques l'ont quittée — à une époque malheureusement indéterminée pour nous — pour faire place au syndrome basedowien, ne pouvait-on voir dans les nouveaux accidents qui ont apparu une modalité nouvelle d'un même trouble pathologique? Le mal de Graves serait alors une sorte d'hystérie larvée. C'est que nous nous trouvons, en effet, avec cette malade, en plein domaine hystérique. Le tremblement, les troubles sensoriels cutanés, la suppression de certains réflexes, le rétrécissement du champ visuel me paraissent le démontrer.

L'analyse de l'urine, qui a été faite plusieurs fois, a fait voir une diminution notable de l'urée et des *excreta*. La malade a présenté, comme beaucoup d'hystériques, un état fébrile qui, à certaines époques, a été marqué par des recrudescences et par une aggravation concomitante des troubles mentaux. A ces crises correspondait un gonflement de la tumeur thyroïdienne. Tous ces phénomènes ont paru connexes. L'évolution du goître semblait liée à la crise fébrile et aux manifestations délirantes. Il y a donc là un groupement de faits cliniques où l'hystérie joue le rôle prépondérant.

On remarquera encore que l'analyse de l'urine a fait découvrir un changement bien connu dans les proportions des phosphates. Le dosage de ces sels a mis en évidence une augmentation notable de l'élément terreux, auquel des idées modernes attribuent une signification importante pour caractériser l'hystérie grave.

Quelques points méritent encore d'être relevés dans cette observation. Les rapports entre la température, le pouls et la respiration semblent se dérober à toute règle. Tandis que la température suit une courbe régulière, d'une interprétation facile, on peut voir que le pouls tachycardique ne suit pas les modifications thermiques. Au contraire, il s'en écarte formellement, diminuant de fréquence le soir, où se produit une élévation de température.

La respiration a été toujours rapide, surtout pendant les

derniers jours de l'observation, alors que les autres symptômes s'amendent et que l'état général s'améliore.

L'émotion paraît exercer une influence considérable sur le nombre des respirations (qui a pu aller jusqu'à 76 dans certaines conditions passagères et qui est aujourd'hui de 58 à 60, le matin et le soir). On a pu s'assurer que lorsque la malade est seule, elle respire plus lentement. Chose bien curieuse, elle ne paraît pas souffrir de la dyspnée. Si on lui demande si sa respiration est gênée, elle répond négativement. Cette dyspnée serait donc purement nerveuse, bien que l'état du cœur puisse contribuer à sa production. Nous avons vu, en effet, que l'organe cardiaque est le siège de lésions graves : une péricardite ancienne et une hypertrophie ventriculaire.

Je voudrais, en terminant, appeler l'attention sur un détail, qui tout accessoire qu'il est n'est pas sans intérêt. La femme E... a été arrêtée à la suite d'une inculpation d'attentat à la pudeur sur son enfant. L'enquête a donné des résultats douteux et les protestations que la malade fait entendre, dans sa demi-lucidité, semblent sincères. La science n'est pas affirmative, si je ne me trompe, au sujet de l'excitation génésique dans la maladie de Basedow. Se produit-elle chez la femme et convient-il d'y attribuer une importance en médecine légale?

M. VERRIER. — Trois observations de goître exophtalmique guéri par l'hydrothérapie et l'électricité.

OBS. I. — *Goître exophtalmique survenu à la suite de frayeur chez une femme qui a présenté dans le cours de sa maladie des troubles psychiques.*

Eugénie T...., âgée de vingt-trois ans, couturière, entrée le 24 septembre 1894 à la Salpêtrière, salle Cruveilhier 11, service de M. le professeur Raymond.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à quarante-huit ans d'une affection du cerveau. Sa mère est morte à vingt-quatre ans du diabète.

A un frère de vingt-neuf ans bien portant.

Antécédents personnels. — Tempérament nerveux, émotif. Célibataire. Réglée à treize ans, régulièrement. Elle a eu une interruption de six mois il y a deux ans. Elle est blonde et lymphatique.

A la suite de frayeur pour des accidents arrivés dans sa famille est survenu un goître exophtalmique pour lequel elle a été soignée au début dans le service de M. Bucquoy, à l'Hôtel-Dieu, pendant six semaines.

Elle en est sortie améliorée, mais bientôt des troubles psychiques se déclarèrent et elle fut internée pour cela pendant trois mois à Ville-Évrard.

Sortie de l'Asile, elle devint sujette à des attaques nerveuses, probablement de nature hystérique; de l'oppression, de la tachycardie ne tardèrent pas à se montrer, le corps thyroïde se développa peu à peu et les yeux reprirent le volume qu'ils avaient au début de l'affection. C'est alors qu'elle vint consulter à la Salpêtrière, où on l'admit dans le service.

Examen, 9 juin 1895. — Les deux yeux sont encore volumineux, le gauche plus que le droit.

Le corps thyroïde, très développé des deux côtés, semble pourtant plus fort *à droite.*

La malade nous dit que cette glande, de même que l'exophtalmie, a notablement diminué sous l'influence du traitement qui a consisté, depuis son entrée, en douches en jet et électricité.

M. Huet, chargé du service électrique, a d'abord employé la méthode de faradisation de Vigouroux, ensuite il s'est servi de la galvanisation appliquée sur la région malade et a obtenu de l'ensemble de ces méthodes un excellent résultat.

Les battements du cœur sont précipités, sans souffle. Le pouls est à 112, irrégulier. Pas de réflexes ni de trépidation.

Cette malade est, en outre, atteinte d'un vitiligo étendu qui, ayant commencé par le ventre au début du goître, s'est porté ensuite à la gorge et s'est généralisé peu à peu.

Ce vitiligo paraît donc avoir une relation directe avec le goître exophtalmique.

Obs. II. — *Goître exophtalmique développé à la suite d'impression morale.*

J..., vingt-un ans, rentier, habitant Constantinople, nous est adressé par M. le professeur Raymond pour un goître exophtalmique, afin de subir le traitement hydrothérapique et l'isolement.

Entré à l'Institut Fleury-Pascal le 10 janvier 1895, nous constatons qu'outre la maladie de Basedow, M. J... est atteint d'une double cataracte congénitale.

Le jour de son entrée, le pouls était à 120. Le cœur battait énergiquement et rapidement. Le corps thyroïde était moyennement hypertrophié. A cela, il fallait ajouter son état de surexcitation prononcée ; le malade pesait 60 kilos.

Antécédents héréditaires. — Il y a des nerveux dans la famille, parmi les ascendants. Son frère est trés bien portant.

Antécédents personnels. — C'est à la suite d'une très grosse perte au jeu que le malade est venu à Paris consulter M. le professeur Raymond,

qui ordonne une douche en jet par jour, pendant quinze jours, et la digitale à l'intérieur.

L'hypertrophie du corps thyroïde était notablement plus marquée à *gauche,* ainsi que l'exophtalmie plus saillante du même côté.

Le 18 janvier. — Après huit jours de traitement, le pouls était tombé à 100. L'exophtalmie diminue.

Le 26 janvier. — Le malade va consulter M. Raymond, qui ordonne deux douches par jour. Électricité statique. Le pouls est à 90; le cœur moins tumultueux. L'exophtalmie diminue toujours. Le corps thyroïde moins apparent. L'amélioration continuait donc toujours.

Mais, depuis quinze jours, sans nouvelles de son frère, retenu en Suède par l'arrêt de la navigation, suite des glaces qui obstruaient la Baltique, notre malade s'inquiète, il craint que son frère ait tenté le passage et que le navire ait sombré.

Sous cette influence, il a une rechute très marquée avec augmentation de l'exophtalmie et de la tachycardie. Il se plaint aussi d'insomnie.

Ce malade est d'ailleurs très nerveux, impressionnable et très irritable.

Le 8 février. — Lettre du frère qui annonce son retour prochain. Amélioration immédiate.

On se propose de jouer une petite comédie de salon, à laquelle notre malade prend une part importante, tant comme organisateur, que comme acteur et musicien. Cette occupation et quelque peu de fatigue amènent encore un retard dans le progrès de la guérison.

Après la soirée, il manifeste le désir de repartir à Constantinople pour les jours gras. Justement effrayé des conséquences possibles d'un voyage à pareille époque, nous l'engageons à revoir M. Raymond. Il consulte en même temps M. le professeur Panas pour sa cataracte. M. Raymond l'engage à rester encore un mois, en suivant le même traitement et en évitant toute fatigue ou émotion. Il passe donc à Paris les fêtes du Carnaval.

Du reste, l'amélioration s'accentue tous les jours, avec des alternatives de mieux et de rechutes; le pouls varie suivant les moments et les circonstances entre 80, 90 et 100.

La glande thyroïde et l'exophtalmie sont toujours plus prononcées à gauche.

L'impressionnabilité du malade a obligé de réduire l'électricité statique aux pratiques suivantes : « Aigrettes sur le sympathique et le pneumogastrique au cou. Souffle sur les yeux fermés, le cou et la région précordiale. » Il a été impossible d'arriver à la friction électrique.

Le malade ne se préoccupe de rien, il se promène seul ou avec son frère, qui est de retour, joue au billard, aux jeux de société et fait de la musique avec une certaine passion.

L'exophtalmie diminue de plus en plus, aussi parle-t-il de son départ définitif. Il va, à cet effet, voir M. Raymond, qui lui donne son exeat pour le 20 mars. Poids au départ, 64 kilos.

Depuis, il a écrit de Constantinople, sa santé s'est toujours maintenue bonne depuis lors. Le pouls est toujours à 68.

C'est là encore, on peut le dire, sinon une guérison définitive, du moins une amélioration considérable obtenue rapidement par l'hydrothérapie et l'électricité statique.

Obs. III. — *Goître exophtalmique chez une hystérique ou soi-disant telle.*

Mlle N..., vingt-sept ans. Pas d'antécédents dans la famille.

Antécédents personnels. — Pas de maladies infectieuses dans l'enfance. Les fonctions digestives et menstruelles sont régulières. Cependant Mlle N... a un tempérament nerveux marqué et de temps en temps elle éprouvait un spasme convulsif de la glotte, se produisant plusieurs fois par minute, avec ronflement bruyant remplissant toute la durée de l'inspiration. Ce spasme est attribué à l'hystérie et il présente par sa sonorité quelque ressemblance avec le cri que l'on a appelé *toux aboyante des hystériques.*

Son médecin traitant avait inutilement employé, outre toute la série des antispasmodiques, des piqûres de morphine, qu'il répétait plusieurs fois par jour. C'était même, pour le dire en passant, le seul moyen qui, avec le bromure de potassium, semblait diminuer ou calmer les crises, mais sans jamais les faire cesser complètement.

Sur ces entrefaites, à la suite d'une bronchite légère avec palpitations du cœur, on s'aperçut d'une proéminence marquée des globes oculaires; la glande thyroïde est un peu plus développée qu'à l'état normal.

On diagnostique une cachexie exophtalmique. Les accidents continuent avec alternatives d'amélioration et de plus grande intensité. Néanmoins la malade vaquait aux travaux du ménage.

Ces accidents se prolongèrent, toujours avec le même caractère, pendant près de quatre années. De temps en temps, la malade était reprise de ses spasmes laryngiens, qui semblaient devenir plus violents depuis l'apparition du goître exophtalmique.

Du mois de novembre 1874 au commencement de 1876, les accidents durèrent sans interruption; il y avait suppression de règles, palpitations et état de faiblesse qui lui fit suspendre tout travail.

C'est dans un moment d'accalmie qu'elle arriva à l'établissement hydrothérapique au mois de mai 1876, sur le conseil de son médecin, M. le Dr Gruell (de Gérardmer).

État actuel. — A son entrée, Mlle N... est d'une maigreur extrême; elle marche à grand'peine pendant quelques minutes, le corps plié en deux et fortement appuyée au bras de sa mère.

L'exophtalmie est très prononcée, l'hypertrophie de la glande thyroïde très sensible, surtout du côté droit.

Les palpitations sont continuelles et exagérées par le plus petit exercice.

La malade mange peu et elle est plongée dans le plus profond découragement. Elle a une grande appréhension de l'eau froide et elle craint que le traitement n'exaspère son état.

Son spasme laryngien, loin de disparaître, se montre plusieurs fois par heure et la malade n'arrive à se procurer un peu de calme que par l'ingestion quotidienne de 3 à 4 grammes d'hydrate de chloral, qu'elle porte constamment sur elle.

Nous commençons le traitement par la douche très divisée, mais indirecte, pour faciliter l'accoutumance.

Au bout de trois jours nous la donnons directement en simple éventail et déjà la malade marche beaucoup plus facilement.

Elle diminue sa dose quotidienne de chloral et l'abandonne tout à fait le cinquième jour. En même temps, nous donnons la douche en jet brisé, directe, deux fois par jour.

Le nombre et l'intensité des spasmes diminuent en même temps que les phénomènes objectifs de l'exophtalmie s'améliorent.

La malade, non seulement vient seule à la douche, mais elle se promène.

Au bout de huit jours de traitement, l'exophtalmie a beaucoup diminué et les spasmes ont disparu.

Ceci prouve que ces spasmes n'étaient point hystériques, mais qu'ils étaient liés à l'exophtalmie, dont ils n'étaient que le processus initial.

Cette observation montre l'importance de l'hydrothérapie dans la maladie de Basedow et nous-même avons été surpris de la rapidité de la guérison.

Partie après trois semaines de traitement, la santé de la malade continua à s'améliorer pendant cinq à six mois.

Puis au printemps de 1877, sentant quelques symptômes de son ancien mal, palpitations, spasmes, etc., la malade recourut de nouveau à l'hydrothérapie et depuis elle a toujours été bien portante.

Si nous la revoyons presque chaque année, au printemps, c'est par mesure hygiénique et par reconnaissance envers l'hydrothérapie qui lui a rendu la première fois la santé.

M. L. RÉGNIER. — Traitement du goître exophtalmique par l'électricité.

Le traitement par l'électricité est certainement celui qui est actuellement le mieux éprouvé et qui compte depuis trente ans les plus nombreux succès. Cela tient à ce qu'il remplit aussi complètement que possible les indications à remplir comme tonique du système nerveux, régulateur de la circulation, et aussi à cause de son action spéciale sur la sécrétion thyroïdienne.

On a employé les deux modes galvanique et faradique.

Procédé galvanique. — Remak est le premier à avoir

essayé avec succès l'action du courant galvanique sur une femme atteinte de tumeur goîtreuse avec palpitations et douleurs gastriques. Von Dusch, Leube, Guttmann, Eulenburg et Chowsteck ont ensuite publié des observations intéressantes. Sur sept malades, Eulenburg (*Ziemssen's Handbuch*, t. XX) appliqua le pôle négatif au niveau des sympathiques cervicaux et nota, en même temps qu'une chute rapide du pouls, une diminution très nette de la tension artérielle. Il eut peu de diminution de la tumeur goîtreuse. D'ailleurs, il ne la cherchait pas, car à cette époque la théorie cardio-sympathique comptait encore de nombreux partisans. C'est Chowsteck qui, de notoriété publique, obtint alors les meilleurs résultats. Dans les trois observations qu'il publia dans la *Wiener medicinische Presse* (1875), il avait observé, en même temps que le ralentissement du pouls, la diminution du goître et de l'exophtalmie. Depuis lors, il a publié plusieurs ouvrages sur ce sujet avec des résultats identiques. Il fut bientôt suivi par de nombreux auteurs que je ne puis ici tous citer; qu'il me suffise de dire que les observations récemment publiées par Deléage, Sollier et les miennes ne font que confirmer les bons résultats obtenus aussi par Larat et par les auteurs allemands, anglais et américains.

Hammond, dans son *Traité des maladies nerveuses,* a formulé les règles qui me paraissent encore aujourd'hui de tous points applicables au goître exophtalmique. Il prescrit comme tonique du système nerveux le pyrophosphate de fer associé au bromure de zinc et l'alimentation substantielle et azotée. « Mais, dit-il, ces moyens ne sont pas la partie la plus importante du traitement. Le courant galvanique est, sans doute, l'agent principal de la cure. Je l'ai employé pour la première fois avec succès sur deux sœurs. L'influence de l'électricité fut immédiatement manifeste, et, en deux mois, les malades soumises à ce traitement virent disparaître tous les accidents. Depuis, j'y ai toujours recours. »

Il applique le pôle — au moyen d'une éponge mouillée sur la nuque, tandis que le pôle + est promené sur les trajets du pneumogastrique et du grand sympathique au cou, l'intensité aussi forte que le malade peut la supporter. Les séances sont faites tous les jours pendant cinq à dix minutes. Il est bon,

ajoute-t-il, d'appliquer aussi le courant sur le corps thyroïde hypertrophié.

Bartholow, en 1875, signalait trois cas dans lesquels il avait appliqué le courant continu avec succès. Il plaçait le pôle — sur l'épigastre, le pôle + sur la région cervicale, au niveau du sympathique et du pneumogastrique et sur le centre ciliospinal. Séance tous les jours avec toute l'intensité supportable par les malades. Amélioration dès la première électrisation. Les deux auteurs étaient donc partisans des hautes intensités. Je suis d'accord avec eux sur ce principe; lorsque la tolérance du malade le permet, on peut sans inconvénient (comme on le verra dans l'observation ci-jointe) arriver pour l'électrisation du grand sympathique et du pneumogastrique à une intensité de 15 mA. Pour les yeux, il ne faut pas dépasser 6 à 10 mA.

Erb, dans son *Traité d'électrothérapie*, recommande la technique suivante : traitement de la moelle cervicale avec les courants stables et labiles, pôle + entre les deux omoplates ou plus bas, pôle — à la nuque et le long de la colonne cervicale.

Il recommande de n'employer à cet effet que des courants très faibles, 6 à 8 éléments stoïrh, 15 à 20° de dérivation du galvanomètre pour 150 de R. de conductibilité. Durée : une à deux minutes. En outre, il fait passer en même temps le courant obliquement et transversalement à travers la tête afin d'agir directement sur la moelle allongée et avec un courant tout à fait faible et de courte durée. Il termine par la galvanisation du grand sympathique et du nerf vague au cou par le procédé classique. Cette application combat très efficacement la surexcitation cardiaque et l'irrégularité de ses battements.

M. Ziemmsen fut le premier à électriser directement le pneumogastrique et le sympathique cardiaques avec de forts courants galvaniques. Il place le pôle + à la nuque, le pôle — sur la région précordiale; l'intensité est aussi forte que le malade la peut supporter. D'après mon expérience personnelle, elle peut atteindre 10 à 12 mA. pour une séance de cinq minutes.

Le ralentissement des battements du cœur sous l'influence

de ce procédé est très rapide et très nette, comme on le verra dans l'observation ci-jointe. Lorsqu'on a affaire à des malades très surexcités, il faut agir avec douceur et prudence, ainsi que le recommande Erb.

La connaissance de l'action électrolytique des courants et des altérations fonctionnelles de la glande thyroïdienne ont poussé à chercher directement le corps thyroïde, soit en faisant passer le courant transversalement, comme le recommandait Erb, soit en mettant sur la glande un rhéophore bipolaire relié au pôle — de l'appareil, ce qui m'a toujours donné un bon résultat. L'intensité peut être de 12 à 15 mA. pour une séance de cinq minutes.

Contre l'exophtalmie on a, à plusieurs reprises, essayé l'action d'un courant faible dirigé transversalement d'une orbite à l'autre, puis longitudinalement le pôle — sur la paupière fermée, le pôle + à la nuque. Cette dernière pratique m'a donné chez mon malade un bon résultat, surtout contre la sensation de tension du globe oculaire, car chez lui l'exophtalmie est peu marquée.

Les rapports intimes qui existent entre la neurasthénie et le goître exophtalmique, déjà entrevus par Hammond, signalés aussi par Erb, et très nets chez mon malade et chez plusieurs autres, justifient l'emploi de l'hydrothérapie ou des méthodes électriques employées contre cet état, notamment des bains statiques, des courants alternatifs et de la faradisation généralisée, qui a donné de bons résultats à Rockwell et à d'autres.

Tous les auteurs qui ont employé le courant galvanique sont unanimes à en reconnaître les bons et souvent rapides résultats. Il est des cas cependant où le traitement doit être continué longtemps. Il en est aussi qui résistent à tous les traitements médicaux ou chirurgicaux.

Procédé faradique. — Duchenne (de Boulogne), qui en avait été un ardent partisan, y renonça à la suite d'un accident mortel provoqué par l'électrisation du pneumogastrique au cou. Vigouroux l'emploie cependant systématiquement sans donner d'explication autre que le succès qu'il avait obtenu un peu par hasard chez une malade.

Voici sa technique, telle qu'il l'a exposée dans le *Progrès médical* de 1887 :

1° Une électrode de soixante-dix centimètres est appliquée à la partie inférieure et postérieure du cou et reliée au pôle + d'un appareil d'induction, le pôle — est relié à une électrode en forme de bouton, d'un centimètre, et appuyé en dedans du sterno-mastoïdien contre l'angle de la mâchoire. Le courant doit produire une forte contraction si on l'applique sur le point moteur du sterno-mastoïdien. Il faut se régler sur la sensibilité du malade et aussi sur la contraction du muscle peaucier du cou. La bobine doit être à fil moyen. On applique ensuite l'électrode négative sur l'autre carotide.

2° Appliquer l'électrode négative sur le point moteur de l'orbiculaire des paupières et pousser la bobine jusqu'à ce qu'il se produise de petites contractions du muscle ou une sensation désagréable pour le patient. Passer ensuite légèrement l'électrode sur les paupières de dehors en dedans et exciter les différents rameaux du facial supérieur en évitant les nerfs sus et sous-orbitaires.

3° Avec une électrode plate de quatre centimètres, on faradise la tumeur thyroïdienne : *a.* au-dessus de la fourchette du sternum ; *b.* en excitant les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens.

4° On renverse le courant et on passe à la faradisation de la région précordiale. Tampon sur le troisième espace intercostal gauche, courant faible. Durée de deux à trois minutes, séances tous les deux jours.

Le traitement faradique, dit-il, amende les symptômes pénibles de la maladie et tout d'abord la sensation d'inquiétude et d'agitation. Les complications seraient aussi, d'après P. Marie et Ballet, rapidement amendées sans même qu'il soit besoin de recourir pour les paralysies et atrophies à un traitement local.

M. Charpentier, dans un mémoire récent, dit avoir obtenu les mêmes bons résultats et même une diminution du goître. C'est possible dans les cas de goîtres très vasculaires, mais dans les autres la supériorité du courant galvanique est certaine.

Vigouroux reconnaît aussi que la faradisation près de la

carotide est dangereuse et provoque souvent un commencement de syncope. C'est pour moi une raison de plus de donner la préférence au traitement galvanique, aussi efficace et moins périlleux.

On a pensé jusqu'ici que ces deux modes électriques agissaient surtout dans le goître exophtalmique comme régulateurs de la circulation et calmants du système nerveux.

Mais il résulte d'expériences que j'ai faites l'année dernière, dans le service du Dr A. Robin, que l'électrisation des nerfs grand sympathique et pneumogastrique régularise la sécrétion des glandes gastriques et notamment celle des glandes à pepsine. Il est donc logique de penser qu'ils exercent une action identique sur la sécrétion thyroïdienne et que c'est surtout par suite de cette action qu'ils sont d'une grande utilité dans la maladie de Basedow.

Observation. — *Goître exophtalmique. — Traitement galvanique. Grande amélioration.*

M. N..., vingt-huit ans, ébéniste, vient à la consultation de la Pitié, service du Dr A. Robin, le 8 novembre 1894.

Antécédents héréditaires. — Père goutteux, mort à cinquante ans d'une pneumonie. Mère avec un goître, de la tachycardie et une insuffisance mitrale sans exophtalmie. Sœur sans goître, hystérique, très nerveuse, a eu dans sa jeunesse des attaques d'hystérie.

Antécédents personnels. — Bien portant jusqu'à onze ans, mais toujours très émotif. Constate pour la première fois à cet âge des battements de cœur à la suite d'une peur. Vers quinze ans, il s'aperçoit que son cou commence à grossir sans qu'il en souffre. Le gonflement a augmenté lentement jusqu'en 1890. A cette époque, il s'aperçoit qu'il fixait plus difficilement les objets de petite dimension et lisait moins bien les caractères d'imprimerie un peu fins. Il s'est considéré comme myope et a porté des lunettes. Caractère sentimental et versatile, un peu exalté, avec des alternatives de dépression.

Il consulte il y a quatre ans, pour ses palpitations, à l'hôpital Lariboisière, le Dr Duguet. Traitement par les injections intra-parenchymateuses de teinture d'iode, le bromure et la digitale. Ce traitement, suivi pendant trois mois, ne lui a pas réussi.

Lorsque je le vois, le goître, pas très volumineux, siège sur le côté gauche et en avant du cou. Celui-ci, mesuré à la hauteur du goître, est de 6 centimètres plus long que de l'autre côté. Pouls régulier, 150; pas de souffles vasculaires.

Les yeux sont brillants, un peu étranges, mais pas saillants. Tendance aux idées mélancoliques. (Il a fait deux tentatives de suicide.)

Traitement. Une cuillerée à soupe d'élixir glycérophosphaté à chaque repas et traitement galvanique pratiqué trois fois par semaine de la façon suivante :

1° Électrode + 8/10 centimètres placée sur la nuque. Électrode — de même dimension, sur la région précordiale, vers la pointe, puis à la base du cœur. I. 10 mA. D. 3';

2° Électrode — en forme de bouton, de 2 centimètres de diamètre, placée sur le goître. I. 15 mA. D. 10'.

3° Électrode placée sur les paupières fermées. I. 4 mA.;

R. E. = 800 ohms.

Dès les premières électrisations, le pouls, de 140, tombe à 100.

8 décembre. — Le cou a diminué de 2 centimètres. Les pulsations cardiaques sont de 100 par minute. Le malade sent sa poitrine très dégagée.

8 janvier. — Pouls, 80. Le cou a encore diminué de 2 centimètres. Le malade peut marcher et monter sans essoufflement. Il accuse seulement encore une grande sensation de faiblesse. R. E. = 1,100 ohms.

11 février. — Pouls, 80. Cou encore diminué de 1 centimètre. La tumeur thyroïdienne est à peine appréciable à l'œil. État général meilleur. R. E. = 1,150 ohms.

12 avril. — Le cou a gardé la même dimension. Pouls, 70. État général bon. R. E. = 1,200 ohms.

15 juin. — Le malade a cessé son traitement depuis la fin d'avril; le bon état s'est maintenu.

On voit, par cette observation, que le traitement galvanique a donné ses bons effets ordinaires. La diminution du goître est tout particulièrement marquée.

MM. TATY et GUÉRIN. — **Sur un cas de maladie de Basedow traité par l'ingestion de thymus de veau et de thyroïdine.**

La *Semaine médicale* du 1er mai 1895 résumait quelques expériences cliniques instituées par Mikulicz (de Breslau), pour étudier les effets de l'usage interne du thymus dans les cas de goître.

Au nombre des onze malades ainsi traités se trouvait une femme atteinte de maladie de Basedow, qui fut envoyée dans le service de Mikulicz pour y subir la trachéotomie. Les effets du thymus furent excellents. Les troubles respiratoires diminuèrent au point d'écarter toute nécessité d'une intervention chirurgicale. La tachycardie, les palpitations et l'exophtalmie s'amendèrent notablement, l'état général s'améliora en consé-

quence, et cela bien que le volume du cou n'eût diminué que d'un centimètre.

Frappés de ce résultat, nous avons eu l'idée de traiter par cette médication une malade du service du professeur Pierret qui présentait le syndrome de Basedow et des troubles mentaux concomitants, et de rechercher si ces troubles seraient influencés par le traitement.

Voici l'observation de la malade et le détail de notre expérience.

Observation. — *Maladie de Basedow — Idées vagues de persécution et d'empoisonnement — Traitement par le thymus de veau — Absorption de 1k500 de thymus — Traitement comparatif par la thyroïdine.*

D... (Angélique), trente-deux ans, entre à l'Asile du Rhône le 7 mai 1891.

Antécédents héréditaires. — Rien n'est signalé du côté paternel. Du côté maternel, le grand père est nerveux et de caractère bizarre. La mère de la malade est sujette à des accès d'étouffement avec sensation de boule. Elle est actuellement atteinte de gastrite.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves signalées antérieurement à l'entrée.

La malade est mariée depuis onze ans. Son mari a toujours constaté de la bizarrerie dans son caractère, de la légèreté dans ses actes, du manque de suite dans sa conversation.

Elle était réglée régulièrement, mais plus nerveuse et plus bizarre au moment des règles. Elle allait très souvent consulter une tireuse de cartes et buvait de grandes quantités de café.

Depuis quatre ans, elle accuse de temps en temps une sensation d'étouffement, sensation de boule. N'a jamais pris de crises convulsives.

A eu trois enfants dont deux sont bien portants et la troisième, une petite fille, est morte subitement à l'âge de quatre mois.

Il y a trois jours, elle s'est échappée de son domicile dans un état d'agitation très grande et a passé deux nuits dehors.

État à l'entrée à l'Asile. — Accusations vagues contre son mari, « qui la battait, dit-elle, à qui ses parents faisaient boire de l'absinthe pour lui monter le coup contre elle et la dépouiller de son argent ; son mari est fou ».

État physique : Pouls petit, rapide, 96.

Cœur : pas de souffle, la pointe bat dans le sixième espace en dedans du mamelon.

Hypertrophie thyroïdienne assez forte, portant sur les lobes médians et latéraux. La malade prétend qu'elle a apparu à la suite de sa première grossesse.

Le 21 août. — Calme, répond bien aux questions. Profère toujours quelque accusation contre son mari. Parle seule.

Le 8 septembre. — Sortie.

Le 4 juillet 1892. — Rentrée à l'Asile. Vient de l'Hôtel-Dieu où elle était entrée pour des douleurs stomacales, qu'elle attribue à une tentative d'empoisonnement. Ces symptômes gastriques n'ont duré que quinze jours. Elle n'aurait vomi qu'une fois.

État à l'entrée : Assez calme, répond bien, accuse son mari comme la première fois. Sa famille le monte contre elle. Idées vagues de persécution. On a tenté de l'empoisonner plusieurs fois. On lui a envoyé de mauvaises odeurs. Les gens d'Oullins lui faisaient prendre du poison, de la morphine, dit-elle; elle éprouvait consécutivement des sensations de brûlure au creux épigastrique.

État physique : Cœur rapide, pas de souffle. Pouls rapide, petit, régulier : 32 au quart.

Poumons : Bronchite remontant à trois semaines.

Fonctions digestives bonnes. Dentition mauvaise. Appétit bon, digestions faciles. Va régulièrement à la selle. Bien réglée. Pas de troubles de sensibilité ni de motilité. Réflexes rotuliens et pupillaires normaux. Hypertrophie thyroïdienne. Tremblement en masse de la langue. Tremblement marqué des mains. Œdème des deux pieds dû à des varices.

Le 21 novembre 1892. — État mental stationnaire. Pouls, 34 au quart. Température, 37°4.

Hypertrophie thyroïdienne. Pupilles dilatées. Pas d'exophtalmie. Tremblement persistant des mains et de la langue.

Le 10 mai 1894. — Tachycardie. Excitation légère.

Le 8 mai 1895. — La malade est calme, répond bien aux questions. Les idées de persécution paraîtraient s'effacer. Du moins, elle prétend ne s'être jamais plainte de son mari ni de personne. Elle dit avoir toujours été nerveuse.

Elle vit constamment dehors, ne travaille pas, se promène et marche constamment. Parle quelquefois seule. Est très docile.

Cœur : Rythme accéléré, 90. Bruits bien frappés.

Poumons et autres organes normaux.

Tremblement léger, à petites oscillations au niveau des doigts. Le tremblement n'existe pas au repos. Il se montre à la langue. Rien aux membres inférieurs. Démarche ferme, assurée, non oscillante. Œdème des deux jambes, la malade ayant des varices et marchant tout le long du jour. Réflexes normaux.

Corps thyroïde augmenté, non douloureux. L'augmentation de volume porte surtout sur le lobe gauche.

Tour du cou, 37 centimètres, à la naissance du cou.

Le 14. — Poids, 68k500. Pas d'exophtalmie.

Le 11. — On commence le traitement par le thymus de veau en nature, que la malade accepte très bien.

Le 1er juin. — Délire de persécution incohérent. Raconte que lorsqu'elle a été à l'Hôtel-Dieu pour des troubles gastriques, c'était un

monsieur, amoureux d'elle, qui l'avait empoisonnée avec du phosphore étendu sur du pain, par jalousie. Elle se dit simplement « associée » avec son mari et non mariée.

Cœur un peu moins rapide (86).

Même état de la glande thyroïde, qui paraît cependant un peu plus souple. Tour du cou : 37 centimètres, à la base. Poids : 66 kilos.

Le 19 juin. — Même état mental. Dit que sa mère a été assassinée par MM. Pierret et Mangini, il y a quatre ans. Poids : 92. Tour du cou : 37 centimètres en bas, 39 centimètres au maximum.

Les urines ont été examinées le 16 juin.

Urines de la nuit, 965 centimètres cubes; densité 1,010. Urines du jour, 678 centimètres cubes; densité, 1,018. Soit, en 24 heures, un volume total de 1,643 centimètres cubes.

Ni albumine ni sucre.

Le dosage des autres éléments n'a pu être fait, l'urine étant altérée par suite d'un retard dans l'examen.

Une analyse nouvelle a donné, le 26 juin : Urines de la nuit, 433 centimètres cubes; densité, 1,016.

	Par litre.	Par nuit.
Urée	9g40	4g07
Acide urique	0,315	0,136
Chlorures	8,15	3,53
Acide phosphorique	0,74	0,32

Urines du jour, 122 centimètres cubes (?); densité, 1,020.

	Par litre.	Par jour.
Urée	14g90	1g82
Chlorures	7,70	0,94
Acide phosphorique	1,08	0,132

L'acide urique n'a pu être dosé.

Soit en 24 heures, réserve faite pour les urines du jour :

Urée	5g89
Chlorures	4,47
Acide phosphorique	0,452

Le 10 juillet. — État mental *absolument stationnaire*. On peut même pressentir la démence. Le traitement par le thymus de veau a été bien accepté et très exactement suivi depuis le 11 mai.

Les doses ont été augmentées progressivement comme suit : les 11 et 15 mai, 10 grammes; le 16 mai, 20 grammes; les 21 et 22 mai, 30 grammes; les 27, 28, 29 et 30 mai, le 1er juin, 40 grammes; les 4, 6 et 12 juin, 50 grammes; les 14, 17, 18, 21, 22, 24, 26 et 27 juin, les 2, 4 et 6 juillet, 100 grammes.

Le poids a diminué comme suit : le 14 mai, 68k500; le 21, 68 kilos; le 28 mai, 66 kilos; le 4 juin, 66k500; le 11 juin, 66k500; le 18 juin, 65k500; le 25 juin, 65 kilos. Ce poids se maintient actuellement.

Au point de vue physique, pas de modifications. Le tour du cou est le

même, 37 centimètres à la base, 39 centimètres au maximum. L'œil est brillant, mais pas d'exophtalmie. Le cœur est calme, le pouls bat à 78-80.

Le 6 juillet. — On supprime le traitement par le thymus.

Le 10. — On donne 40 centigrammes de thyroïdine.

Le 18. — La malade a pris tous les jours 40 centigrammes de thyroïdine jusqu'au 17 inclus.

Aucune modification dans l'état mental. Les idées délirantes sont les mêmes. Il y a un peu plus de calme.

État physique : La malade dit se trouver très bien; mais se plaint d'avoir de la bile. Cependant l'état de l'estomac est satisfaisant.

Pouls, 75. Tour du cou, 37 centimètres au milieu, 39 centimètres à la base. Température entre 37° et 37°8. Le tremblement persiste.

Poids du 9 juillet, 65 kilos. Poids du 16 juillet, 64 kilos.

Le 18. — On suspend le traitement thyroïdien. A la suite de cette suppression, on n'observe aucune modification, ni dans l'état du pouls ni dans la température. Le cœur reste calme. Le tremblement persiste. Le tour du cou est le même.

Le délire se maintient absolument; mais la malade, qui marchait toute la journée, et ne restait pas une minute tranquille, passe maintenant des heures assise et chante beaucoup moins.

Le poids a diminué du 16 au 23 juillet de 2 kilos. Poids du 23 juillet, 62 kilos.

Comme on peut le voir par la lecture de cette observation, notre expérience a été faite en deux parties.

Dans la première, la malade a absorbé du thymus à une dose très considérable, puisqu'elle a atteint en tout 1k500, dose très bien acceptée, grâce à une boulimie très marquée, et, de plus, dose très bien tolérée. La malade de Mikulicz n'avait pris que 375 grammes.

Nous nous sommes servis de thymus frais de veau, qu'il est plus facile de se procurer. Mikulicz lui-même avait pensé qu'on pouvait s'en servir, bien qu'il eût employé, lui, le thymus de mouton, et M. le professeur Renaut en conseillait l'usage ce matin même.

Nos résultats, au point de vue *somatique*, se rapprochent sensiblement de ceux de Mikulicz, bien qu'ils soient moins saisissants, notre malade ne présentant pas les troubles tragiques qu'offrait celle du médecin de Breslau : tolérance parfaite de la médication, innocuité absolue, légère diminution du tour du cou. Mais nous avons eu de la diminution du poids : 3k500 en dix-huit jours.

Au point de vue *mental,* les résultats ont été négatifs ; les idées délirantes et les allures de la malade sont restées à la fin du traitement exactement ce qu'elles étaient au début. Ni amélioration ni aggravation.

Faudrait-il conclure à l'inefficacité du thymus dans des cas analogues? Nous ne le pensons pas; notre malade est délirante depuis quatre ans; elle présente déjà de légers signes de démence. Les troubles physico-chimiques des cellules cérébrales liés au vice du fonctionnement thyroïdien se compliquent d'altérations anatomiques incompatibles avec le retour d'une raison parfaite. Mais, sur un cas récent, il serait permis d'espérer plus d'effet. En tout cas, nous pouvons déduire de notre expérience l'innocuité absolue du traitement.

Après huit jours de repos, nous avons administré à notre sujet de la thyroïdine. Les résultats de ce traitement seront étudiés dans une communication ultérieure.

M. TRÉNEL. — **Paralysie générale à symptômes tabétiques coïncidant avec des symptômes basedowiens.**

Le cas suivant a été observé dans le service de M. Briand à l'Asile de Villejuif; il s'agit d'une paralysie générale à symptômes tabétiques coïncidant avec des symptômes basedowiens. Quoique moins typique, moins complète que l'observation, unique jusqu'ici, de M. Brissaud, cette observation peut cependant en être rapprochée.

Une italienne de trente-un ans entre dans le service de M. Briand, en 1893. Sa mère était une déséquilibrée, son père et plusieurs de ses sœurs sont morts de tuberculose. Elle-même a fait de tout temps des excès alcooliques. Elle buvait à jeun du vulnéraire et du vin. Elle a eu une fausse couche, il y a plusieurs années, et n'a eu aucune autre grossesse. On ne trouve chez elle aucun stigmate de syphilis, qui est d'ailleurs niée par son mari. Elle a subi deux opérations abdominales pour fibrome utérin en 1889 et 1891.

La maladie actuelle a débuté il y a trois ans (1890) par des diarrhées, qui survenaient brusquement sans cause et cessaient de même après une durée de plusieurs jours.

En 1891, le caractère de la malade, qui était gaie d'habitude, change; elle devient très versatile, s'emporte facilement et elle parait avoir eu quelques idées hypocondriaques. Ce sont ces idées qui semblent l'avoir

poussée à réclamer une troisième intervention chirurgicale en mars 1892. Mais déjà à cette époque la maladie était très caractérisée : dans le courant de l'année 1891 était apparu un léger embarras de la parole, et en juin de cette année, la malade eut subitement un ptosis gauche qui persiste actuellement. Enfin, l'affaiblissement intellectuel devient évident, la parole s'embarrasse de plus en plus, la mémoire se perd, la malade fait des oublis incessants, elle a des idées extravagantes de richesses, elle veut voyager très loin, commet des actes absurdes, achète des quantités énormes de tabac, croit avoir découvert un nouveau procédé de teinture et passe ses journées à découdre ses vêtements pour les plonger dans des baquets de couleur. Enfin, elle sort toute nue dans la rue, ce qui provoque son internement.

Elle entre à l'Asile en pleine excitation maniaque. Cette période d'excitation terminée, on peut constater les symptômes suivants :

1° La malade présente un goître de moyen volume, développé surtout à gauche. On n'a pu être fixé d'une façon absolument exacte sur la date d'origine de ce goître, mais il est certain qu'il remonte au plus à deux ans. Le pouls est rapide (de 96 à 104) et il s'accélère très notablement par la marche ou quand on irrite la malade. Il existe un tremblement vibratoire généralisé, rapide, à très petites oscillations. En appuyant les mains sur les épaules de la malade, on la sent vibrer tout entière.

L'œil droit présente une exophtalmie légère, mais bien appréciable cependant.

2° Il y a un ptosis gauche incomplet avec dilatation de la pupille qui est, de plus, déformée. Des deux côtés, les pupilles sont immobiles à la lumière et à l'accommodation. Il existe du nystagmus.

Les muscles de la face, des lèvres sont le siège de secousses fibrillaires, la langue est tremblante. La parole est lente et embarrassée, avec de véritables accrocs.

La malade n'a aucune conscience de son état ; elle présente les mêmes idées de satisfaction niaise, et passe par des alternatives de calme et d'emportement, rit et pleure sans motif.

3° La marche et les mouvements commandés sont lourds, maladroits, mais sans véritable incoordination. Les réflexes rotuliens sont abolis, tandis que les réflexes des membres supérieurs sont forts, au contraire. Le signe de Romberg est net. Il n'y a pas de troubles évidents de la sensibilité, qui paraît cependant un peu retardée. Enfin la malade aurait eu passagèrement de la dysurie ; il faut noter que cette dysurie existait à l'époque où eut lieu la seconde opération, il ne faut donc pas en tenir absolument compte, non plus que des crises diarrhéiques citées au début, car elles n'ont pas été observées pendant le séjour de la malade.

Celle-ci sortit dans le même état au bout de quelques semaines.

Il faut faire observer qu'elle n'était pas native d'un pays à goître et qu'il n'y avait pas de goîtreux dans sa famille.

On ne pourrait que répéter, à propos de ce cas, les judicieuses remarques que fait M. Brissaud dans son rapport (p. 50) au sujet des symptômes bulbaires qu'il a observés.

M. H. MABILLE. — **Goître exophtalmique, datant de plusieurs mois, disparaissant sous l'influence de la grossesse.**

Je crois devoir résumer en quelques mots l'observation d'une femme, âgée de trente-cinq ans, qui ayant perdu un enfant de neuf ans, fut quelques mois après atteinte des troubles suivants : développement considérable du cou portant sur le corps thyroïde, tachycardie, suffocation, tremblement des mains, fièvre prise tout d'abord pour une manifestation paludéenne, exophtalmie double, bruit de souffle léger à la base au premier temps.

L'affection parut un soir si grave que la famille envoya chercher un notaire, bien que j'eusse essayé en vain de la rassurer.

Cet état, qui me paraît sans aucun doute devoir être imputé à la maladie de Basedow et que mon collègue, le Dr Ramadier, alors médecin adjoint de l'Asile de Lafond, put observer avec moi, s'amenda très rapidement sous l'influence d'une grossesse. Depuis près de neuf ans, cette femme, que je puis observer tous les jours, ne présente plus aucun signe de l'affection décrite plus haut. C'est en vain qu'on chercherait à voir la trace d'un gonflement du corps thyroïde. La vision est normale, le pouls est régulier et d'une fréquence ordinaire, le tremblement a disparu, ainsi que le souffle léger de la base du cou.

J'ajouterai que cette femme est toujours très émotive; elle présente quelques symptômes d'hystérie, tels que la boule, mais sans autres accidents.

Il me paraît difficile de ne pas affirmer, au moins dans ce cas particulier, les relations entre les organes de la génération et le complexus pathologique qui constitue la maladie de Basedow.

M. Babinski. — J'ai observé deux cas de coexistence de la maladie de Basedow avec le myxœdème. L'un d'eux est relatif à une femme qui ayant subi l'ablation du col de l'utérus, présenta consécutivement des symptômes de maladie de Basedow bien caractérisés avec des phéno-

mènes myxœdémateux. On observait, en effet, chez elle, simultanément de l'exophtalmie, de la tachycardie, de la tuméfaction bilatérale du corps thyroïde et, d'autre part, de la tuméfaction des membres inférieurs de nature myxœdémateuse. Ces faits semblent particulièrement embarrassants pour les théories en discussion fondées sur l'hypothèse de toxines ou d'antitoxines en excès ou déficit selon que l'on aurait affaire à l'une ou l'autre de ces affections, basedowienne ou myxœdémateuse. Il est difficile de comprendre qu'un produit puisse être à la fois en excès et en défaut.

M. Gley. — Je puis confirmer les observatoins cliniques de M. Babinski par des faits d'expérimentation physiologique. Des chiens et autres animaux thyroïdectomisés présentent parfois les mêmes symptômes que l'on attribue à l'hyperthyroïdisation, dont il ne saurait être question en l'absence du corps thyroïde.

M. Renaut. — A la fin de cette discussion générale, je tiens à faire observer que, si nous n'avons pas encore « en main », comme je le prévoyais dès 1888, la cause efficiente au début de la maladie de Basedow, il reste du moins acquis que cette maladie débute par une phase hyperfonctionnelle de la thyroïde; que dans cette glande l'hyperfonction induit des lésions typiques, qui sont précisément celles qu'on retrouve dans tout goître exophtalmique confirmé; enfin que la participation de la thyroïde au syndrome basedowien ne saurait plus un seul instant être mise en conteste. Ce sont là, je le crois du moins, des acquisitions tout à fait importantes et ayant un caractère définitif.

M. MATTON. — **Maladie de Basedow avec cirrhose hypertrophique thyroïdienne et cirrhose hypertrophique du foie avec ictère.**

Je crois devoir relater très succinctement un cas clinique que j'ai observé récemment. Il s'agit d'une malade qui présente à la fois une maladie de Basedow, une cirrhose hypertrophique thyroïdienne, si l'on veut, et une cirrhose hypertrophique du foie avec ictère.

C'est une jeune fille de vingt-quatre ans, appartenant à une famille de névropathes alcooliques, quelque peu éthylique ellemême et dont une sœur est morte de goître exophtalmique. Elle a le goître, l'exophtalmie, la tachycardie et le tremblement; elle présente de plus tous les signes physiques, fonctionnels et généraux de la cirrhose biliaire hypertrophique de Hanot : ictère persistant, troubles digestifs profonds, selles et urines bilieuses, hémorragies multiples, foie énorme, grosse

rate; pas d'œdèmes ni d'ascite, pas de calculs dans les matières; amaigrissement, perte des forces; enfin un état mental particulier et tout à fait anormal.

Je présente le fait sans poser de conclusions. Je pense qu'il ne doit pas rester ignoré, et qu'il est intéressant de voir évoluer un même processus anatomique sur la glande thyroïde et la glande hépatique d'un même sujet. Les nombreux faits d'expérience rapportés au cours de la discussion semblent, en effet, inviter les esprits à un bien curieux rapprochement entre les deux parenchymes, tant au point de vue de la physiologie qu'à celui de la pathogénie générale.

M. Joffroy. — Je ne veux pas faire un résumé des débats, cependant je crois pouvoir dire que si le Congrès ne peut encore préciser le rôle que joue le corps thyroïde dans la pathogénie de la maladie de Basedow, il semble bien du moins qu'il intervient comme un facteur important; si la théorie de l'hypothyroïdation n'a pas beaucoup bénéficié de cette discussion, en revanche, la théorie de l'hyperthyroïdation, qui paraissait plus en faveur, a été battue en brèche par des arguments d'une grande valeur; la notion qui semble survivre à la discussion qui vient d'avoir lieu, c'est qu'il y a un mauvais fonctionnement du corps thyroïde, une sécrétion viciée, pathologique, anormale, probablement toxique.

Tout ce qui se rapporte aux effets observés consécutivement aux injections d'extrait du corps thyroïde ou à l'absorption du suc thyroïdien mérite, dans l'état actuel de la question, d'être soigneusement consigné.

A ce point de vue, je rapporterai simplement l'observation d'une malade atteinte d'acromégalie.

On sait qu'il n'est pas rare chez ces malades de trouver les symptômes de la maladie de Basedow, mais le sujet en question ne présentait trace ni de goître ni d'exorbitis; en revanche, son pouls battait habituellement 90 à 96 fois par minute.

Au début de cette année, une première fois, la malade a été soumise à l'ingestion de corps thyroïde de mouton, dont la dose a été rapidement portée de 2 grammes à 4 grammes, puis à 6 grammes et même à 7 grammes par jour, de sorte qu'en dix-huit jours elle avait pris environ 76 grammes de corps thyroïde.

Les modifications qui se produisirent chez elle furent des plus nettes. Le pouls s'accéléra, arrivant à 120 et dépassant même ce chiffre; la pression sanguine s'abaissa; les artères battirent largement et visiblement, la température s'éleva jusqu'à 39°. Le sommeil devint mauvais; enfin, un amaigrissement notable et rapide survint. A aucun moment l'observation la plus minutieuse ne décela un changement de volume du corps thyroïde.

La médication supprimée, tous les symptômes d'intoxication thyroïdienne disparurent.

Un peu plus tard, je fis reprendre la médication systématisée par ingestion de thyroïde, en notant d'une façon exacte et quotidienne, le poids (le matin à jeun et après la première miction), le pouls, la température, la respiration et le plus souvent l'examen des urines.

Voici les résultats obtenus :

Au début, avant toute médication, le poids est de 52 kilos ; la moyenne des pulsations est de 96 et des respirations de 24.

Un gramme de corps thyroïde donné quotidiennement pendant quatre jours fait diminuer le poids à 51k250; dès le premier jour, cette perte de poids s'est manifestée par 200 grammes en moins; le pouls, la respiration et la température n'ont pas subi de modifications appréciables.

A la dose quotidienne de 1gr50 pendant quatre jours correspondent une nouvelle diminution de poids (49k200), une tendance à l'accélération du pouls (98) et des mouvements respiratoires (25).

On est arrivé ainsi progressivement à la dose de 3 grammes par jour, ce qui amène une diminution du poids encore plus accusée (43k500), une accélération du pouls (100) et de la respiration (26). A partir de ce moment, la médication thyroïde est complètement. supprimée. Immédiatement le poids se relève, de telle sorte qu'en un mois on passe de 43k500 à 48k350; en restant encore en déficit de 3k650 sur le poids initial (52 kil.).

Quant à l'analyse des urines elle a donné :

1° Des variations journalières très grandes, aussi bien dans la quantité d'urine que dans l'excrétion des différents éléments, variations n'obéissant pas aux variations de type tierce ou quarte signalées par MM. Lépine et Royer ;

2° Une variation énorme, non seulement dans la quantité d'acide phosphorique excrété, mais encore dans des combinaisons avec les métaux alcalins ou terreux.

Le rapport de l'acide phosphorique combiné aux alcalis et de l'acide phosphorique combiné aux terres est soit normal, soit inverse, comme il arrive dans l'épilepsie, sans que pour cela on puisse noter un changement appréciable dans l'état de la malade.

Je tiens à rapprocher l'amaigrissement obtenu sous l'influence de l'ingestion de substance thyroïdienne de l'amaigrissement considérable qu'on observe parfois au début de la maladie de Basedow, et de la diminution de poids et des phénomènes observés chez les myxœdémateux traités par l'absorption d'extrait thyroïdien.

Dans la seconde observation, il s'agit de l'ingestion de substance thyroïdienne par une malade atteinte de maladie de Basedow.

Chez cette malade, le traitement thyroïdien était d'autant plus indiqué qu'elle présentait certains symptômes de myxœdème. Il y avait chez elle cette sorte d'alliance du goître exophtalmique et du myxœdème (1) que

(1) « ..... Dans certains cas, l'œdème basedowien garde à peine l'empreinte du doigt » et ressemble plutôt à l'hypertrophie du derme. »

« Je vous montrerai ultérieurement une malade atteinte de myxœdème et vous

j'ai jadis signalée et dont M. Babinski vient de communiquer une intéressante observation. Ma malade présentait aux deux cuisses un œdème dur, régulièrement réparti, et à la partie externe de la jambe droite une sorte d'infiltration résistante, une sorte de sclérème où le doigt avait peine à imprimer une légère empreinte. Ces phénomènes myxœdémateux avaient, du reste, été précédés de symptômes analogues à la face, aux régions parotidiennes et sous-maxillaires. Plusieurs années auparavant, on avait pratiqué des injections iodées dans le goître et déterminé de la sorte sa transformation fibreuse.

Avant le traitement thyroïdien, le pouls était habituellement régulier, battant de 104 à 112 pulsations. En huit jours, la malade prit 14 grammes de corps thyroïde de mouton par ingestion stomacale. Le troisième jour, il y eut de l'agitation, de la dyspnée et une augmentation de la tachycardie.

Au huitième jour, il y eut une véritable crise d'asystolie aiguë, telle que le pouls rapide, irrégulier, fut très difficile à compter et que l'état de la malade devint inquiétant.

Pendant trois ou quatre jours, cet état ne se modifia pas, malgré la suppression du corps thyroïde et l'administration de la digitale; ce n'est qu'au bout de huit jours que la malade reprit son état habituel.

Je ne veux tirer de ces observations aucune conclusion théorique; cependant je ne puis m'empêcher de faire observer que si l'on croyait devoir suivre le traitement, préconisé par certains auteurs, du goître exophtalmique par l'ingestion de corps thyroïde, il ne faudrait le faire qu'avec la plus grande réserve.

CORPS THYROÏDE ET MYXŒDÈME

M. BOURNEVILLE. — Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne.

Le lendemain de la communication d'un travail intitulé : *De l'idiotie avec cachexie pachydermique* ou *idiotie myxœdémateuse,* que nous avons faite le 14 août 1889 à l'Association française pour l'Avancement des Sciences, nous avons reçu de M. le Dr Arnaud (de Saint-Gilles), qui avait assisté à la séance,

» pourrez alors faire un rapprochement entre ces œdèmes localisés et généralement » passagers de la maladie de Basedow et l'œdème généralisé du myxœdème. Il est » bien probable qu'il s'agit, dans les deux cas, du même symptôme. » (A. Joffroy. Nature et traitement du goître exophtalmique, Leçons professées à la Salpêtrière en 1891. *Progrès médical,* 1894, p. 63.)

une lettre dans laquelle il soumettait à notre appréciation un mode particulier de traitement, alors tout à fait inconnu (1) et qui depuis cette époque, a fait un grand chemin.

« M. Brown-Séquard, dit-il, pense, non sans raison peut-être, que les glandes ou du moins quelques-unes d'entre elles ont une action encore inconnue sur la nutrition, par suite de certains principes qu'elles verseraient incessamment dans la circulation. N'en serait-il pas de même du corps thyroïde? Dès lors on s'expliquerait facilement la cachexie consécutive à l'absence de cette glande.

» En outre, cette théorie pourrait conduire à un traitement rationnel de la cachexie pachydermique : le traitement par les injections sous-cutanées (ou même peut-être par l'absorption intestinale) de certains principes empruntés à la glande thyroïde. »

Différentes circonstances nous ont empêché, malgré notre désir, d'essayer immédiatement le traitement indiqué par M. le Dr Arnaud. Entre temps est venu un essai de traitement par la *greffe de la glande thyroïde* dans la cavité péritonéale (2). La malade qui avait été soumise à ce traitement, Wathi... (Augustine), est entrée dans notre service et nous avons constaté qu'aucune amélioration ne s'était produite. Les autres tentatives de ce genre ne semblent pas avoir donné des résultats bien satisfaisants (3).

En 1891, M. le Dr Murray publia la première observation de guérison du myxœdème par les injections de suc thyroïdien et, en 1892, M. le professeur Bouchard communiqua à l'Association française pour l'Avancement des Sciences (4) les observations de deux myxœdémateuses adultes, notablement améliorées par le même traitement. Ainsi se trouvait appliquée l'idée émise deux ans auparavant par M. le Dr Arnaud,

(1) Voir *Archives de Neurologie*, 1890, t. XIX, p. 228, à la fin de notre mémoire intitulé : « Nouvelle observation d'idiotie myxœdémateuse (cachexie pachydermique). »

(2) Lannelongue — Sur la transplantation du corps thyroïde sur l'homme (en collaboration avec Legroux). (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 8 mars 1890, p. 135). La malade en question est celle qui fait l'objet de notre seconde observation.

(3) Consulter entre autres les travaux de MM. Walther, Bettencourt, Serano, Horsley, qui ont suivi la publication des recherches physiologiques du professeur Schiff d'abord, puis du Dr Eiselsberg.

(4) Bouchard (Ch.). — Réflexions sur deux cas de myxœdème traités par des injections de suc thyroïdien (Session de Pau, 1892, 1re partie, p. 292).

c'est à dire le traitement thyroïdien. A partir de la publication des travaux de MM. Murray et Bouchard, ce mode de traitement s'est rapidement vulgarisé.

Personnellement, en mars 1893, nous avons fait administrer le suc thyroïdien en julep; puis, en novembre de la même année, nous avons pratiqué des injections sous-cutanées de liquide thyroïdien sur trois malades atteints d'idiotie myxœdémateuse due à l'*absence congénitale* de la GLANDE THYROÏDE: Deb..., âgé de vingt-huit ans; Wathi..., âgée de dix-huit ans et Gonich..., âgée d'un an et demi. Les injections ont été au nombre de 65, 63, 29 (1). Ce traitement n'a déterminé aucune amélioration sensible chez ces malades. C'est pourquoi nous nous sommes décidé à recourir à l'*ingestion stomacale* de la *glande thyroïde de mouton*. Nous avons commencé par un demi-lobe, c'est à dire le quart de la glande (2), puis nous avons donné un lobe ou la moitié. Trois malades ont été soumis à ce traitement à partir du 31 mai et il a été continué jusqu'à ce jour. Durant cette période, soit plus de deux mois, nous avons fait prendre régulièrement la *température* des malades matin et soir, leur *poids* tous les huit jours et leur *photographie* également tous les huit jours.

Les *tracés* que nous plaçons sous vos yeux indiquent les oscillations de la température *(tracé rouge)*, les modifications du poids *(tracé bleu)*; les rectangles et les carrés *verts*, placés en bas de chaque tableau, répondent aux jours où l'on a administré la glande, les rectangles correspondent à un demi-lobe, les carrés à un lobe entier. Ces explications préalables étant données, nous allons maintenant aborder l'exposé de chaque cas.

OBS. I. — *Idiotie myxœdémateuse.*

SOMMAIRE : Père tuberculeux (?). — Oncle maternel paralysé, aliéné et sujet probablement à des accès d'épilepsie. — Frère et sœur morts tuberculeux. — Sœur strabique à la suite de convulsions de l'enfance, morte tuberculeuse.

(1) La malade qui a reçu le moins d'injections était une malade externe, Gonich..., âgée d'un an et demi, habitant Ivry, que sa mère amenait tous les deux jours. Les injections sous-cutanées ont été pratiquées à partir de 1890 par Vassale, Pisanti, Gley, Magnan.

(2) Nous avons pesé pendant huit jours les lobes, soit la moitié des glandes; les pesées nous ont donné les résultats suivants : 1gr70, 1gr40, 1gr95, 2gr20, 2gr30, 2gr60, 2gr60, 2gr60, 2 grammes, soit environ 2 grammes par lobe frais ou demi-glande.

Renseignements incomplets sur les antécédents du malade. — Marche à dix-huit mois. — Propre de bonne heure. — Arrêt de développement, bouffissure et épaississement à partir de trois ans. — État du malade au 1er février 1890. — Lésions scrofuleuses et rachitiques. — Absence de la glande thyroïde; symptômes classiques de l'idiotie myxœdémateuse : pseudo-lipomes; persistance de la fontanelle antérieure; hernie ombilicale; eczéma; arrêt de développement physique et intellectuel; parole, voix, etc.

1893-1894. — Julep avec extrait de glande thyroïde et injections sous-cutanées de liquide thyroïdien, résultats négatifs.

1895. — Ingestion stomacale de glande thyroïde de mouton. — Amélioration. — Élévation de la température. — Diminution de poids. — Phénomènes divers dus au traitement. — Modification de la voix, etc.

Deb... (Jules), né à la Ventie (Pas-de-Calais), le 6 octobre 1865, est entré à Bicêtre dans notre service le 23 février 1890.

Il s'agit là d'un malade dont nous avons publié l'observation détaillée dans les *Archives de Neurologie* (1) et que nous avons reproduite dans le *Compte rendu du service des enfants de Bicêtre pour l'année 1889* (t. X, p. 172), aussi nous bornerons-nous à citer le sommaire de son observation. Les figures 1, 2, 3 et 4 ne laissent aucun doute sur la réalité de l'idiotie myxœdémateuse.

La température rectale (2) du malade, prise avec soin à diverses reprises, n'a jamais dépassé 37° et a été en général au-dessous de ce chiffre, c'est ce que montre le petit tracé qui figure à droite de la planche. Le *poids*, relevé tous les six mois depuis l'entrée du malade, a offert la progression suivante :

DATES	POIDS	DATES	POIDS
Janvier 1890.......	24k800	Janvier 1893.......	28k100
Juillet............	25 »	Juillet............	28,800
Janvier 1891.......	24,900	Janvier 1894.......	28,600
Juillet............	25 »	Juillet............	26,700
Janvier 1892.......	27,200	1er Mai 1895 (1er jour du traitement)..	29 »
Juillet............	28 »		

La taille du malade, qui était de 0m91 à l'entrée en 1890, était de 0m93 en juin 1893, de 0m94 à la fin de la même année et encore de 0m94 au mois de mai 1895 :

DATES	TAILLE	DATES	TAILLE
Janvier 1890........	0m915	Janvier 1893........	0m920
Juillet.............	0,915	Juillet.............	0,930
Janvier 1891........	0,915	Janvier 1894........	0,940
Juillet.............	0,915	Juillet.............	0,940
Janvier 1892........	0,915	Janvier 1895........	0,940
Juillet.............	0,918		

(1) Année 1890, t. XVI, p. 217.

(2) Nous prenons la température rectale des malades, la plus facile et la plus sûre. la température axillaire, pour offrir des garanties, exige, en effet, de 15 à 20 minutes

Le *traitement* a commencé le 31 mai 1895. Nous avons administré un demi-lobe de *glande thyroïde de mouton*, coupé en petits fragments, dans du bouillon chaud. Voici un résumé succinct des phénomènes observés :

3 juin. — Les paupières sont un peu dégonflées; les mouvements sont toujours lents; la parole, le caractère et la voix n'ont pas changé.



FIG. 1.
DEB... (JULES).



FIG. 2.
DEB... (JULES).

4 juin. — Deb... pleure parce qu'il éprouve des douleurs dans le ventre et les reins.

5 juin. — Les douleurs ont disparu. Les paupières sont encore un peu plus dégonflées, le malade maigrit. Nous donnons un lobe.

7 juin. — Amaigrissement notable (2k300). Apparition de la fièvre (38°4); pouls, 100; battements du cœur réguliers.

il faut veiller à ce que le bras soit bien appliqué contre le thorax et que le thermomètre reste bien en place, conditions difficiles à réaliser complètement chez les malades ordinaires et, à plus forte raison, chez les enfants et surtout les idiots.

8 juin. — En raison de l'amaigrissement rapide et d'une température de 38°, le malade ne prend qu'un demi-lobe. Rien dans les urines. Pouls, 120.

9 juin. — Tremblement généralisé, sueurs abondantes au visage. Pouls, 120, régulier. État lipothymique. Pas de glande.

10 juin. — Demi-lobe. Pouls, 120. Vers deux heures de l'après-midi, tremblement, faiblesse et sueurs. Deb... marche difficilement. Sueurs dans la nuit. Urine des vingt-quatre heures, 750 grammes.

11 juin. — Pas de glande. Pouls, 120. Haleine fétide, douleur au niveau de l'estomac. Urine, 650 grammes. Le visage est beaucoup moins gonflé, les yeux sont plus ouverts. Érythème des aines dû aux poussées sudorales.

12 juin. — Tremblement de tout le corps sans sueurs, affaiblissement, persistance des douleurs stomacales. Urine, 500 grammes.

13 juin. — Dans la nuit, vomissements alimentaires. La faiblesse des jambes est moins prononcée. Le médicament est suspendu jusqu'au 5 juillet. L'érythème inguinal a disparu.

14 juin. — Tremblement des jambes qui oblige de maintenir le malade au lit, pour éviter le retour des faiblesses qui le prennent dès qu'il se lève. Douleurs abdominales, diminution des tumeurs graisseuses du cou. Urine, 400 grammes. Potion de Tood et caféine.

15 juin. — Agitation pendant la nuit : le malade s'est levé sur son lit et voulait battre la veilleuse. Ce matin, il ne se rappelle point ce qui s'est passé. Urine, 500 grammes. L'appétit est toujours médiocre et le malade se nourrit surtout de lait.

17 juin. — Le tremblement a diminué, les douleurs ont disparu, la température descend à 37°; le poids n'est plus que de $24^{k}100$. La peau devient moite. Pouls, 120.

20 juin. — La langue est moins épaisse, la prononciation est meilleure; les lèvres sont moins violacées; la marche, qui d'habitude était lente et pesante, semble devenir plus rapide.

21 juin. — Le malade assiste au concert des frères Lionnet et le soir, sans cause appréciable, la température s'élève à 38°.

Durant la suspension du traitement, le poids, qui s'était abaissé jusqu'à $24^{k}100$, est remonté à $25^{k}050$. Les urines se maintiennent aux environs de 500 grammes. Jamais elles n'ont contenu de l'albumine ou du sucre.

5 juillet. — Reprise du traitement (demi-lobe). Deb... se met en colère, ce qu'on n'avait jamais vu et casse sa pipe parce que l'infirmier examinait ses poches. Le pouls est descendu à 60.

6 juillet. — Urine, 500 grammes. Pouls, 60.

7 juillet. — La température s'élève de nouveau à 37°6. Urine, 1 litre. Pouls, 70.

8 juillet. — Pouls, 70; T.R. 37°2. Urine, 525 grammes.

9 juillet. — La peau du malade reste toujours moite. Avant le traitement, chez lui comme chez les malades de cette catégorie, la peau était sèche. Les croûtes du cuir chevelu ont complètement disparu. On observe une desquamation de la peau des mains et des pieds. Deb...

taquine les infirmiers, par exemple cache leur casquette; jamais on n'avait noté autant de spontanéité. Diarrhée, douleurs du ventre et du dos, affaiblissement des jambes. Pouls, 120. T.R. matin, 37°4; soir, 38°.

11 juillet. — Pouls petit, 130; T.R. 37°4. Urine, hier 750 grammes, aujourd'hui 500 grammes.



FIG. 3.
DEB... (JULES).



FIG. 4.
DEB... (JULES).

12 juillet. — La diarrhée a disparu, la faiblesse des jambes est moindre. Pouls, 120. Urine, 500 grammes.

13 juillet. — Depuis hier soir, coliques, diarrhée, courbature générale. Le malade est affaissé, n'a pas d'appétit. Urine, 500 grammes. Pas de glande. La desquamation de la peau des mains et des pieds continue. Pouls, 120. Urine, 500 grammes.

14 juillet. — Demi-lobe. Pouls, 120. Urine, 260 grammes (?).

15 juillet. — Pas de glande. Pouls, 120. Urine, 500 grammes. La peau est moite.

16 juillet. — Demi-lobe. Pouls, 120. Urine, 500 grammes. Quelques coliques.

17 juillet. — Pas de glande. Pouls, 120. Urine, 500 grammes. Coliques, sueurs.

18 juillet. — Depuis hier soir, prolapsus du bourrelet hémorroïdaire. Pouls, 100; sueurs; faiblesse générale. Urine, 560 grammes. Potion : bismuth, bétol, laudanum. On supprime la glande thyroïde.

19 juillet. — Le bourrelet hémorroïdaire est réduit et la diarrhée a cessé. Pouls, 84.

20 juillet. — La physionomie exprime la fatigue. Le poids, qui avait augmenté, ainsi que nous l'avons vu, durant la période de suspension du traitement, sans revenir toutefois au chiffre primitif, a notablement diminué depuis la reprise du traitement, car il est descendu à 22^{k}500; aussi l'amaigrissement est-il évident : non seulement les pseudo-lipomes ont diminué, mais le ventre est devenu beaucoup moins volumineux : tandis qu'il mesurait au niveau de l'ombilic 0^{m}740, il ne mesure plus que 0^{m}67. La peau des mains demeure moite et devient souple; les ongles poussent bien plus rapidement et sont plus brillants. Les mouvements sont plus vifs, la parole est moins lente, le malade est moins engourdi. Pouls, 90. Urine, 500 grammes.

28 juillet. — Bien que la médication soit suspendue depuis le 18 juillet, le poids a continué de baisser (22^{k}300).

Depuis notre communication, nous avons repris le traitement à la date du 13 août, le malade ayant gagné 500 grammes et la température descendant à 37° et au-dessous, ainsi que cela existait avant tout traitement. Nous lui avons fait prendre un lobe tous les deux jours jusqu'à la date du 30 septembre : les mouvements et la parole sont plus vifs, l'intelligence est un peu plus éveillée, il n'a plus éprouvé aucun malaise et, depuis le 11 septembre, sa température n'est jamais descendue au-dessous de 37°. Le poids, après avoir diminué du 16 août (22^{k}800) jusqu'au 7 septembre (22^{k}450), est remonté à 22^{k}800 (17 septembre) et s'est maintenu à ce chiffre (28 septembre).

Voix. — Nous avons fait examiner le malade au point de vue de la voix par M. Sutter, professeur de chant de notre service. Voici la copie de la note qu'il nous a remise : « Avant le traitement, Jules Deb... n'avait qu'une étendue très faible, correspondant à 2°, depuis la dernière observation l'enfant a gagné 4°. »

Obs. II. — *Idiotie myxœdémateuse.*

Sommaire : Père, fièvres intermittentes. — Grand-père paternel apoplectique. — Grand-mère maternelle, excès de boissons. — Cousine germaine, paralysie consécutive à des convulsions. — Cousine germaine sujette à des attaques. — Grand-père maternel apoplectique. — Grand'mère maternelle, excès de boissons. — Oncle maternel, probablement apoplectique. — Tante maternelle, aliénée. — Consanguinité. — Un frère mort de convulsions; un autre idiot et épileptique; un troisième a eu des convulsions.

Accouchement à dix mois (?). — A la naissance, fontanelle antérieure très large. — Hernie ombilicale. — Premières dents à sept mois. — A deux ans, chute sur la face,

écrasement du nez et fracture du maxillaire inférieur. — Ozène consécutive. — Développement de la cachexie pachydermique. — Rachitisme. — Absence très probable de glande thyroïde. — Malformation de l'un des orteils. — Dentition.

1890. — Greffe d'une glande thyroïde de mouton dans la cavité péritonéale (Lannelongue).

1893-1894. — Julep avec extrait de glande thyroïde et injections sous-cutanées de liquide thyroïdien : résultats négatifs.

1895. — Ingestion stomacale de glande thyroïde : Élévation de la température; diminution de poids. — Phénomènes divers dus au traitement; modification de la voix, augmentation de la taille, etc. — Amélioration.



FIG. 5.
WATHI. EN 1887 (DOUZE ANS).

Wathi... (Augustine), née à Paris le 7 décembre 1875, est entrée à la Fondation Vallée, dans notre service, le 7 juin 1890.

L'observation de cette malade figure dans la communication que nous avons faite, le 14 août 1889, à l'Association française pour l'Avancement des Sciences. Elle a été reproduite dans le *Progrès médical,* 1890, p. 3, et dans notre *Compte rendu de Bicêtre* pour l'année 1889 (p. 57). Les figures 5, 6, 7 et 8 donnent une idée de sa situation à l'âge de douze ans et de quatorze ans. Les chiffres

ci-après permettent d'avoir une idée précise de son développement physique:

Dates.	Poids.	Taille.
—	—	—
Janvier 1892	18k	0m88
Juillet	18	0,88
Janvier 1893	18	0,88
Juillet	19	0,88
Janvier 1894	19,5	0,88
Juillet	19,5	0,88
Janvier 1895	21	0,88



FIG. 6.

WATHI... EN 1889 (QUATORZE ANS).

1895. — Traitement par l'ingestion de glande thyroïde. Ce traitement a été commencé le 31 mai. Un demi-lobe de corps thyroïde. Poids, 21k500. Le tracé n° 2 montre les modifications survenues dans la température *(ligne rouge),* dans le poids pris chaque semaine *(ligne bleue)* et les doses de glande thyroïde qui ont été ingérées *(rectangles* et *carrés verts).* Aussi nous bornerons-nous à relever les principaux phénomènes observés depuis le 31 mai jusqu'au 30 septembre. La température rectale,

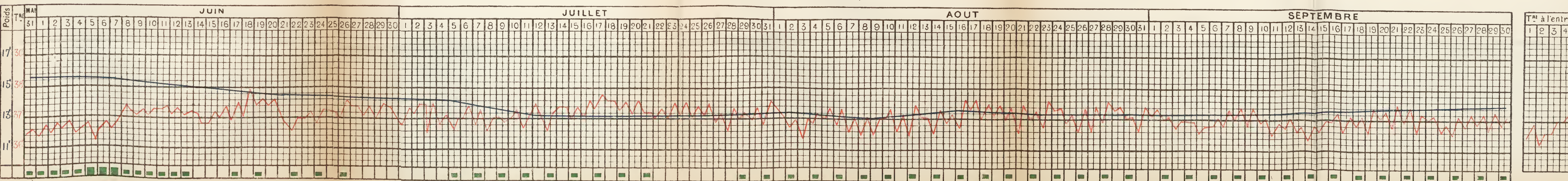
Congrès des Aliénistes, *Bordeaux*, 1895.

Tracé n° 1 : Debar (Jules). 30 ans.

Poids — T^re — Mai — JUIN — JUILLET — AOUT — SEPTEMBRE — T^re à l'entrée

30 39 — 28 38 — 26 37 — 24 36 — 22

Tracé n° 3 : Gangl. 14 ans 1/2.



notée à différentes époques avant le traitement, était toujours inférieure à 37° et ne dépassait pas 36°6; le sixième jour du traitement, elle atteint 37°, et le neuvième jour elle monte à 38°.

12 juin. — Amaigrissement; paupières moins gonflées (diminution de poids de 2 kilos); quelques secousses dans les membres.

13 juin. — Tremblement presque continuel des membres supérieurs.



FIG. 7.

WATHI... EN 1889 (QUATORZE ANS).

14 juin. — Persistance du tremblement. Diminution de l'appétit.

16 juin. — La perte de poids est de 2k500. Wathi... paraît plus agile; elle a moins de répugnance au mouvement et essaie, ce qu'on ne lui avait jamais vu faire auparavant, de courir avec ses camarades.

25 juin. — L'agilité semble augmenter, Wathi... tourne maintenant facilement sa tête. Les masses graisseuses situées à la nuque et sur les côtés du cou ont diminué, la parole est plus nette.

12 juillet. — Les mains et les pieds font peau neuve, les ongles pous-

sent bien, les cheveux restent raides, le teint est moins jaune. Wathi... est très gaie, moins timide, répond avec plus d'aplomb.

20 juillet. — Contrairement à ses anciennes habitudes, Wathi... ne reste pas toujours assise; elle aime au contraire à marcher et essaie de courir; elle devient espiègle et fait des niches aux autres enfants; il y a quelques jours, elle a voulu jouer à cache-cache avec ses camarades.



FIG. 8.

WATHI... EN 1889 (QUATORZE ANS).

29 juillet. — Wathi... n'est plus aussi timide, elle a plus de spontanéité et plus d'agilité. Elle se cache derrière les portes avec un petit bâton à la main dont elle donne un coup à chaque enfant qui passe. Prise sur le fait, elle prétend que ce n'est pas elle et désigne une fillette quelconque en disant : « Tiens, c'est elle. » Elle tire les robes des infirmières ou les rubans de leur bonnet et rit bruyamment. La desquamation des mains et des pieds continue.

30 septembre. — Durant presque tout ce mois, la température est demeurée au-dessus de 37°. La physionomie est plus éveillée; les masses

lipomateuses des joues ont diminué; le teint n'est plus aussi terreux et se rapproche du teint naturel. L'ozène dont elle est atteinte s'est améliorée, l'écoulement nasal a diminué et l'odeur est de moins en moins fétide.

Depuis quelque temps, le teint n'est point du tout terreux. Les paupières, considérablement dégonflées, laissent bien voir les globes oculaires, les lèvres sont rosées, les cheveux sont devenus beaucoup moins secs au toucher, le cuir chevelu est tout à fait sain et la malade n'a pas eu cette année les poussées eczémateuses qu'elle a d'habitude. La fontanelle persiste et on sent une dépression qui peut être évaluée à deux centimètres dans tous les sens, avec une sorte de fissure transversale des deux côtés. Toutes les masses lipomateuses ont considérablement diminué. Aucune modification des seins ni de la vulve, le corps tout entier est glabre. Les mains et les pieds n'ont plus l'aspect pachydermique, il ne semble plus y avoir de dépôt graisseux exagéré entre la peau et les muscles.

Modifications de la voix. — Depuis le traitement, la voix est devenue bien plus claire et a gagné en étendue. L'enfant, qui le 14 juin n'avait qu'une étendue de six notes, avait le 24 juillet un timbre de voix plus sonore et d'une étendue de sept notes.

Taille. — La taille, qui était de 882 millimètres le 31 mai, était de 905 millimètres le 17 août et de 92 centimètres à la fin de septembre.

Le *pouls* n'a pas dépassé 96 pulsations.

Obs. III. — *Idiotie myxœdémateuse.*

Sommaire. — Enfant naturelle. — Père sobre; caractère sournois; renseignements insuffisants sur lui et nuls sur toute sa famille. — Mère, rien de particulier. — Grand-père maternel, excès de boissons, mort d'apoplexie. — Oncle maternel mort de convulsions. — Petit cousin pieds bots. — Pas de consanguinité. — Égalité d'âge entre le père et la mère.

Grossesse : émotion vive au quatrième mois. — A la naissance, bonne santé apparente. — Aucun renseignement précis sur l'enfant jusqu'à son admission. — Dentition imparfaite et en retard. — Encore malpropre à l'entrée. — Ne marche pas seule. — Premiers mots à deux ans. — Affectivité nulle.

1894. — Prolapsus du rectum. — Vaccinée avec succès.

1895. — Ingestion de glande thyroïde : amélioration notable.

Gangl... (Marie), née à Nancy le 6 mai 1881, est entrée à la Fondation Vallée le 10 août 1894.

Renseignements fournis par la mère de l'enfant le 6 septembre 1894. — La malade est une enfant naturelle. *Père*, valet de chambre, a eu des rapports avec la mère de G... pendant deux ans; très sobre, fumeur, caractère sournois, grand, vigoureux; aucune maladie de peau, nez aquilin, cheveux châtain foncé; il était soldat du train et ordonnance du général X..., à Nancy, quand il a fait la connaissance de la mère de la malade, domestique dans une maison que fréquentait son

général. Il a abandonné sa maîtresse, à qui il avait promis le mariage, trois mois après la naissance de l'enfant. Aucun renseignement sur sa famille.

Mère, trente-six ans, autrefois domestique, maintenant concierge. Pas de convulsions de l'enfance, pas de migraines, tempérament assez nerveux, sans crises; physionomie régulière, cheveux châtain foncé, nez aquilin, pas de maladie de peau ni de syphilis. Bien qu'elle se soit mariée il y a dix ans, elle n'a pas eu d'enfant.

Son *père,* menuisier, buvait la « goutte » tous les matins et quelquefois dans la journée; il est mort d'une attaque d'*apoplexie* en une heure. Sa *mère* est morte « asthmatique »; elle n'était ni nerveuse ni migraineuse. Elle a eu cinq *frères* ou *sœurs.* Ses deux frères sont morts l'un peu après l'accouchement, l'autre de *convulsions* à trois ans. Ses trois sœurs seraient bien portantes ainsi que leurs enfants. Les *grands-parents paternels* et *maternels* sont morts vieux, sans accidents nerveux. Dans le reste de la famille, pas d'autre cas d'apoplexie, pas d'idiots, pas de goîtreux, de bègues, de sourds-muets, etc. Un *cousin maternel,* issu de germain, a les *pieds tournés.* Pas de consanguinité; le père est du département de la Seine; la mère est de Saint-Avold, près Metz, où il y a des goîtreux. Égalité d'âge.

Notre malade. — Bien portants tous deux à la *conception. Grossesse :* au quatrième mois, elle a eu une émotion vive occasionnée par un incendie dans la maison de sa tante, où elle était allée passer quelques jours; elle prétend avoir été très effrayée, ne pas s'être trouvée mal, mais avoir été prise d'un fort tremblement qui aurait duré une demi-heure : « Je tremblais si fort que je ne pouvais rester assise. » La nuit suivante, elle aurait dormi tranquillement et, depuis, elle n'aurait plus pensé à l'incendie. Ce n'est qu'un mois après qu'elle a senti remuer son enfant; « elle n'a jamais remué beaucoup. » Ni envie d'alcool, ni coup, ni chute, pas de vomissements; ni syncopes, ni constriction du ventre; elle a fait connaître son état de grossesse à ses patrons et, comme le soldat lui avait promis le mariage, on la garda. Elle entra, six semaines avant terme, dans un asile de Nancy. *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme, présentation de la tête; elle a eu des petites douleurs pendant deux jours et de fortes douleurs pendant deux heures. Son ventre était gros, mais elle dit avoir perdu plus de sang que d'eau. *A la naissance,* pas d'asphyxie, pas de cordon autour du cou, l'enfant a crié de suite. Élevée au sein par sa mère durant un mois, puis placée chez une soigneuse d'enfants (nourrie au lait de vache). Elle l'a visitée tous les mois pendant un an. A cette époque (treize mois), avant de venir à Paris, puis ayant su que la gardeuse donnait à son enfant de l'eau de pavot dans son lait et lui faisait prendre des trempettes à l'eau-de-vie, elle l'a reprise et placée chez sa tante paternelle (grand'tante de l'enfant). Alors, elle n'avait que deux dents, était petite, ne marchait pas, ne prononçait aucun mot, avait la peau blanche et non cireuse. Elle aurait été bien soignée chez sa tante, qui aurait continué longtemps l'alimentation lactée. Sa grand'tante étant morte de vieillesse (soixante-quinze ans)

sans accidents nerveux, l'enfant a été ramenée à Paris par une de ses tantes maternelles, chez laquelle elle est restée huit jours avant d'être placée à la Fondation. Elle a remarque que son enfant ne marchait pas seule, qu'elle était très coléreuse, sujette à la constipation. On ne lui a pas dit qu'elle ait jamais eu de chute du rectum. Elle avait déclaré que l'enfant était propre, cependant il lui est arrivé de gâter dès les premiers jours de son arrivée. Comme maladie antérieure, elle a signalé une bronchite en 1892.

État actuel (août 1894). — La malade présente tous les caractères de l'idiotie avec cachexie pachydermique.

Tête symétrique, assez grosse, de forme rectangulaire; le front est bombé sur une assez grande largeur, les bosses frontales sont assez développées, la droite plus que la gauche. Les bosses pariétales sont peu saillantes, de même que l'occipitale. La *fontanelle antérieure* n'est pas complètement fermée; elle a environ 3 centimètres d'avant en arrière et 4 centimètres transversalement. Le cuir chevelu est assez épais. Les cheveux sont châtains et peu abondants, surtout au niveau des tempes; ils sont assez longs et assez fins et plus doux au toucher que chez les autres enfants myxœdémateux. Au voisinage du front et des tempes, ils ont une coloration plus claire. Pas d'éruption eczémateuse. Le visage a une forme rectangulaire; il est plus large au niveau des joues et aplati à son extrémité. Les arcades sourcilières sont peu saillantes et il existe au-dessus d'elles une dépression assez prononcée à droite, très prononcée à gauche. Les sourcils sont irrégulièrement implantés; les poils, peu nombreux au niveau de la tête des sourcils, sont plus fournis vers la queue. Les paupières supérieures sont gonflées, surtout la gauche. Les cils sont longs, réguliers et agglutinés par une sécrétion jaunâtre, ceux de la paupière inférieure sont plus rares et plus courts; les fentes palpébrales sont peu ouvertes. Les yeux sont mobiles dans toutes les directions sans aucune lésion. Les iris ont une couleur d'un gris bleuté, les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à la distance. Le nez est épaté, large, effondré (nez camus) (1); les narines sont larges, la racine du nez est tout à fait déprimée. La bouche est grande, presque constamment ouverte; cependant, la langue ne pend pas et la salive ne s'écoule pas dehors; les lèvres sont épaisses, l'inférieure est pendante.

État des maxillaires et de la dentition. Les maxillaires sont marqués de prognatisme alvéolaire. Le maxillaire supérieur présente en particulier un abaissement très marqué de la voûte palatine, semblant indiquer un état pathologique des fosses nasales postérieures.

La courbe alvéolaire présente à chaque maxillaire un grand développement, ce qui détermine l'évolution défectueuse des dents permanentes.

(1) C'est pour montrer la différence de forme du nez de la malade de celle du nez de ses père et mère que nous avons mentionné, détail qui a pu paraître insignifiant, mais qui a au contraire sa valeur, que ceux-ci avaient le *nez aquilin*.

Les bords alvéolaires sont recouverts, surtout au niveau du maxillaire inférieur, par un chaos de dents temporaires et permanentes, chevauchant dans toutes les directions. La plupart des dents temporaires à ce maxillaire sont encore en place, soit entières avec leur couronne, soit privées de celle-ci. Les dents permanentes ou de remplacement ont fait éruption en avant ou en arrière de l'alignement des premières.

Les dents permanentes sont de constitution et de volume normaux. Les dents temporaires étaient plutôt réduites de volume.

En résumé : 1° Anomalie des maxillaires et de la voûte palatine; 2° Anomalie des dents temporaires; 3° Anomalie d'éruption de la deuxième dentition (anomalie du siège) avec anomalie de nombreuses dents temporaires (1).

La voûte palatine est large, peu profonde; les amygdales ne sont pas volumineuses, la luette est longue. Le menton, court et large, se continue insensiblement avec les joues; celles-ci sont larges, tremblottantes, épaissies par l'infiltration graisseuse. Les *oreilles*, peu écartées de la tête, sont bien ourlées, le lobule est nettement dessiné, légèrement arrondi et à moitié libre.

Le *cou* est court; sa circonférence est de 25 centimètres; on sent très bien les cartilages cricoïde et thyroïde, et au-dessous les anneaux de la trachée, *mais on ne trouve pas de traces de la glande thyroïde.*

Thorax. Il est assez développé, un peu étroit transversalement, large d'avant en arrière; sa circonférence, prise à 2 centimètres au-dessous des mamelons, est de 53 centimètres. On note une légère dépression de la région sternale, il n'y a pas de chapelet rachitique. Le dos est arrondi, les épaules sont peu saillantes.

La *colonne vertébrale* forme une saillie notablement exagérée au niveau de la partie inférieure du cou et de la partie supérieure du dos; il existe également une légère convexité à gauche des vertèbres dorsales. L'ensellure est assez accusée, mais n'est pas aussi exagérée que chez les autres idiots myxœdémateux. L'épaule gauche est un peu affaissée et la droite relevée. La percussion et l'*auscultation* ne décèlent rien d'anormal dans les *poumons* et le *cœur*.

L'*abdomen* est volumineux, saillant, proéminent. L'ombilic forme une petite saillie. Les fesses, par rapport au volume exagéré du ventre, semblent petites.

Les *glandes mammaires* ne sont pas perceptibles, l'aréole est pâle et a près d'un centimètre de diamètre. Toute la région pectorale est infiltrée de graisse.

Organes génitaux et puberté. Le pénil est glabre, moyennement adipeux, saillant. Les grandes lèvres sont assez volumineuses; les petites lèvres triangulaires. Fourchette assez développée, fosse naviculaire profonde, orifice hyménéal circulaire, étroit. Muqueuse vulvaire pâle; aucune sécrétion pathologique. L'anus et les aisselles sont **glabres**.

Les *membres* sont petits, gros et épais, et relativement courts par

(1) Note de M. le Dr Bouvet, médecin dentiste de l'hospice de Bicêtre.

rapport au tronc; la disproportion cependant est moins accusée chez elle que chez les malades précédents. Aux membres supérieurs, nous n'avons à noter que l'épaississement des mains.

Aux *membres inférieurs,* signalons une légère incurvation, à concavité interne, des jambes et le rapprochement des genoux en dedans, l'épaississement de la peau des pieds et son aspect violacé.

Sur tout le corps, la peau est pâle, jaunâtre, cireuse, principalement à la face; elle est douce au toucher et n'offre pas, quant à présent, de desquamation furfuracée. Pas d'hypertrophie sensible des ganglions. La *sensibilité générale* semble légèrement obtuse, ce qui tient peut-être à l'état intellectuel de l'enfant. Elle est très sensible au froid (1).

Digestion. Appétit médiocre; difficile dans le choix des aliments; n'aime pas le vin, préfère la soupe et les légumes. Elle se sert de la cuillère et de la fourchette, mais ne peut découper la viande : la mastication est très lente et imparfaite. Pas de bave, ni de succion, ni vomissements, ni rumination; constipation habituelle. Elle gâtait presque toutes les nuits dans le commencement de son séjour; elle est devenue propre au bout de quelques semaines.

Elle *marche* assez bien, à la condition d'être toujours tenue par la main; le pas est encore mal assuré. Elle a une assez grande répugnance pour le mouvement, préfère demeurer assise.

La *physionomie* est douce mais sans expression. L'enfant répète le nom d'un grand nombre d'objets, répond *oui* ou *non* aux questions qu'on lui adresse, mais ne fait pas de phrases. Elle paraît peu affectueuse et ne montre aucune joie quand ses parents viennent la voir, aucun chagrin à leur départ; ne s'amuse qu'avec sa poupée; elle ne sait ni s'habiller ni se déshabiller; elle est contente lorsqu'on la nettoie. Le *caractère* est plutôt triste, elle est très susceptible, pleure à la moindre contrariété. L'*attention* est assez difficile à fixer. La *mémoire* paraît très bornée.

Pseudo-lipomes des aisselles et du cou.

DATES.	POIDS.	TAILLE.
Janvier 1894	15k	0m89
Juillet	15	0,89
Janvier 1895	15	0,89

Novembre. — A diverses reprises, l'enfant a essayé d'aller à la garde-robes sans résultats; on l'examine et l'on constate un *prolapsus* complet du *rectum;* le bourrelet muqueux est de la grosseur d'un poing d'enfant. Réduction sous chloroforme.

20 décembre. — Il existe deux cicatrices anciennes de vaccin sur le bras gauche et quatre sur le droit. Revaccination. Les six piqûres de vaccin ont bien pris. Depuis plusieurs mois, on donne à l'enfant du sirop d'iodure de fer, de l'huile de foie de morue et des bains salés.

(1) Pendant l'hiver 1894-1895, elle refusait de descendre et voulait rester constamment à l'infirmerie où la température était meilleure.

1895. Traitement par l'ingestion de glande thyroïde. — Le traitement a été commencé le 31 mai. Un demi-lobe de corps thyroïde de mouton. *Poids :* 15k500. Les modifications de la *température*, du *poids* et les *doses* de la glande ingérée sont représentés, sur le tracé n° 3, en *rouge, bleu* et *vert,* comme sur les autres tracés. La température a commencé à s'élever le neuvième jour ; elle n'a jamais dépassé 37°9. Le treizième jour, on notait une diminution de poids de 500 grammes.

13 juin. — Le ventre diminue, l'enfant est maussade, pleure pour un rien, est très énervée et mange moins. Secousses dans les membres supérieurs.

14 juin. — Les secousses continuent dans les membres supérieurs. Inappétence, vomissements. Suspension du traitement.

16 juin. — Gangl... est redevenue gaie et plus qu'elle ne l'avait jamais été; elle joue plus qu'à l'ordinaire. Avant le traitement, elle marchait seule, mais très difficilement, et il fallait l'exciter pour la faire marcher sans soutien. Aujourd'hui, sa répugnance pour le mouvement a disparu; elle essaie de marcher spontanément; elle titube souvent et pousse un petit cri chaque fois qu'elle manque de tomber; elle recommence d'ailleurs aussitôt.

25 juin. — Gangl... est plus agile. Naguère elle voulait toujours demeurer au lit, maintenant elle demande à se lever ; elle est gaie, cherche à causer un peu avec tout le monde et fait des petites réflexions.

5 juillet. — Le traitement a été suspendu depuis huit jours parce qu'on a manqué de glande thyroïde; on le reprend aujourd'hui.

12 juillet. — Gangl... prend difficilement sa glande; il faut, pour la décider, lui donner un peu de vin, qu'elle avale aussitôt après l'ingestion. Elle est très gaie, beaucoup plus vive; elle bavarde continuellement. En classe, elle est même dissipée et dissipe les autres. Elle est devenue câline; sa parole est plus nette.

25 juillet. — L'appétit est bon, la marche est plus assurée, la physionomie est plus éveillée, le teint est moins jaunâtre.

Septembre. — Gangl... est plus alerte, la marche est de plus en plus ferme, elle prête plus d'attention à l'école, elle semble moins sensible au froid, elle devient joueuse.

Voix. — Avant le traitement, l'enfant avait une voix très faible comme timbre et comme étendue (4 notes). Le 14 juin, la voix est plus sonore. Le 24 juillet, l'enfant a gagné trois notes, une en bas, deux en haut (ce qui fait une étendue de 7 notes).

La *peau* est blanche, sans aucun caractère myxœdémateux, les paupières sont tout à fait dégonflées ainsi que les joues, les lèvres sont rosées; la physionomie est éveillée; les cheveux sont doux au toucher, le cuir chevelu est intact. On sent encore la *fontanelle* dans une longueur d'environ trois centimètres, et une largeur un peu plus grande sous une forme étoilée. A aucune époque du traitement, on n'a remarqué de sueur; on n'a noté qu'une très légère desquamation.

Sa *taille,* qui était de 89 centimètres avant le traitement, est maintenant de 95 centimètres.

Les *symptômes* dus au médicament se sont succédé ainsi: dégonflement des paupières, amaigrissement, élévation de la température rectale qui, au lieu de rester au-dessous de 37°, ainsi que cela est la règle chez les idiots myxœdémateux, monte à 38° et au-dessus; faiblesses lipothymiques, tremblement, sueurs profuses remplaçant la sécheresse habituelle de la peau; affaiblissement des jambes, augmentation du tremblement, tachycardie, vomissements, agitation, excitation, diminution du volume de la langue et de la coloration violacée des lèvres, poussée plus rapide des ongles, disparition des croûtes de la tête, desquamation des mains et des pieds, qui perdent leurs caractères pachydermiques, coloration de plus en plus naturelle de la peau, qui perd sa teinte jaune de cire, diarrhée au lieu de constipation. Tous les mouvements s'assouplissent. La préhension est moins lente; la marche plus légère et plus rapide. La *taille* se développe; la sensibilité au froid diminue.

Au point de vue *intellectuel*, nous avons à relever l'excitation, les accès de colère inhabituels, se substituant à la torpeur, davantage de spontanéité; l'hébétude disparaît, la physionomie est plus éveillée, plus expressive et traduit les émotions qui, jusqu'alors ne se manifestaient par aucun changement sur un masque toujours impassible; le regard, vague, atone, devient plus expressif; l'aptitude au travail scolaire augmente.

Nous avons fait faire toutes les semaines la *photographie*, en groupe, de ces trois enfants *nus*. Ces photographies, que nous faisons passer sous vos yeux, mettent bien en évidence les heureuses modifications produites par le traitement.

Les *tracés* résument bien les changements survenus dans la *température* et dans le *poids* des malades. La température s'élève et dépasse la normale sous l'influence du traitement, s'abaisse et tend à revenir à son degré antérieur, c'est à dire au-dessous de la normale, durant les suspensions du traitement. Le poids diminue durant l'administration de la glande thyroïde et augmente pendant les suspensions.

Tous les symptômes, en particulier la *diminution du poids*, l'*élévation de la température*, les accidents nerveux, la tachycardie, etc., et partant la nécessité de la suppression momentanée du médicament, ont été très accusés chez le malade de trente ans (obs. I), moins prononcés chez celle de vingt ans

(obs. II), et encore moins chez celle de quatorze ans (obs. III). La dose a varié d'un demi-lobe à un lobe de *glande thyroïde de mouton*. L'action de la glande est de toute évidence et, en raison de l'effet produit, il convient de surveiller son emploi avec soin, afin d'éviter des accidents qui pourraient devenir mortels.

M. Ballet. — Je ferai remarquer qu'expérimentalement les jeunes chiens sont plus sensibles à l'action du corps thyroïde, tandis que les sujets âgés, dans les cas de M. Bourneville, paraissent avoir été surtout influencés.

M. Bourneville. — N'ayant étudié que trois cas concernant un garçon de trente ans, une fille de vingt ans et une autre de quatorze ans, je ne saurais avoir d'opinion ferme à cet égard. Les tracés du pouls et de la température montrent que la diminution du poids, l'élévation thermique, ont été très prononcées chez le malade de trente ans, moyennement chez la fille de vingt ans, et un peu moins chez la plus jeune. Parallèlement, les autres symptômes ont été plus accusés. Les trois malades myxœdémateux continuent à suivre le traitement; d'autres malades, pour un état polysarcique, ont été mis au même traitement et bientôt, comme ils sont d'âge différent, nous verrons comment ils se comportent.

Myxœdème infantile et traitement thyroïdien.

M. Régis. — J'ai l'honneur d'offrir au Congrès deux observations avec photographies de myxœdème infantile, traité et notablement amélioré par la médication thyroïdienne, que je viens de publier. J'ai particulièrement insisté à l'occasion de ces deux faits, d'une part, sur l'extrême activité du traitement thyroïdien chez certains sujets myxœdémateux et, par suite, sur la nécessité de débuter par des doses minimes, ne dépassant pas d'abord 10 centigrammes de glande, d'autre part sur l'action prépondérante du traitement thyroïdien chez mes malades dans le domaine de la nutrition générale, en particulier sur le système dentaire. Je me suis servi dans les deux cas des pastilles de thyroïdine Flourens, exactement dosées à 20 centigrammes de glande et que les enfants prennent habituellement sans aucune répugnance et presque volontiers.

MM. TATY et GUÉRIN. — Myxœdème et goître simple traités par la médication thyroïdienne.

Nous avons traité par l'ingestion de lobes de corps thyroïde un myxœdémateux de trente-deux ans, et comparativement

PLANCHE II.

Myxœdème infantile et Traitement Thyroïdien (E. Régis)

Fig. 3

Henriette D..... (treize ans et demi)
Décembre 1894

Avant le traitement

Taille : 92 centimètres et demi.
Poids : 19 kilos 700 grammes.
Dentition : 20 dents, dont 18 dents de lait.
Marche : lourde, presque impossible.
Intelligence : tout à fait obtuse.

Fig. 4

Henriette D.....
Mai 1895

Après cinq mois de traitement.

Taille : 98 centimètres.
Poids : 18 kilos 50 grammes.
Dentition : 24 dents.
Marche : moins lourde.
Intelligence : en voie de progrès.
Dose quotidienne du Médicament : une demi pastille Flourens (dix centigrammes de glande).
Au-dessus, accidents.

PL. II.

Fig. 3

Fig. 4

PLANCHE V.

Myxœdème infantile et Traitement Thyroïdien (E. Régis)

Fig. 9

Henriette D..... (treize ans et demi)

Décembre 1894

Avant le traitement

Taille : 92 centimètres et demi.
Poids : 19 kilos 700 grammes.
Dentition : 20 dents, dont 18 dents de lait.
Marche : lourde, presque impossible.
Intelligence : tout à fait obtuse.

Fig. 10

Henriette D.....

Mai 1895

Après cinq mois de traitement.

Taille : 98 centimètres.
Poids : 18 kilos 50 grammes.
Dentition : 24 dents.
Marche : moins lourde.
Intelligence : en voie de progrès.
Dose quotidienne du Médicament : une demi pastille Flourens (dix centigrammes de glande). Au-dessus, accidents.

PL. V.

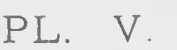


Fig. 9

Fig. 10

PLANCHE III.

Myxœdème infantile et Traitement Thyroïdien (E. Régis)

Fig. 5

Henriette D..... (treize ans et demi)
Décembre 1894

Avant le traitement

Taille : 92 centimètres et demi.
Poids : 19 kilos 700 grammes.
Dentition : 20 dents, dont 18 dents de lait.
Marche : lourde, presque impossible.
Intelligence : tout à fait obtuse.

Fig. 6

Henriette D.....
Novembre 1895

Après onze mois de traitement.

Taille : un mètre sept centimètres et demi.
Poids : 22 kilos 500 grammes.
Dentition : 25 dents.
Marche : très facile. Fait 5 à 6 kilom. sans fatigue.
Intelligence : éveillée. Comprend tout. Récite des fables.
Dose du médicament : demi à trois quarts de pastille.

PL. III.



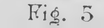


Fig. 5

Fig. 6

PLANCHE IV.

Myxœdème infantile et Traitement Thyroïdien (E. Régis)

Fig. 7

Henriette D..... (treize ans et demi)
Décembre 1894

Avant le traitement

Taille : 92 centimètres et demi.
Poids : 19 kilos 700 grammes.
Dentition : 20 dents, dont 18 dents de lait.
Marche : lourde, presque impossible.
Intelligence : tout à fait obtuse.

Fig. 8

Henriette D.....
Novembre 1895

Après onze mois de traitement.

Taille : un mètre sept centimètres et demi.
Poids : 22 kilos 500 grammes.
Dentition : 25 dents.
Marche : très facile. Fait 5 à 6 kilom. sans fatigue.
Intelligence : éveillée. Comprend tout. Récite des fables.
Dose du médicament : demi à trois quarts de pastille.

PL. IV.

Fig. 7

Fig. 8

PLANCHE VI.

Myxœdème infantile et Traitement Thyroïdien (E. Régis)

Fig. 11

Jeanne D..... (trois ans)
Janvier 1895

Avant le traitement

Taille : 67 centimètres.
Poids : 8 kilos.
Dentition : 7 dents.
Marche et Station debout : impossibles.
Intelligence : Nulle. Ne dit pas un mot.

Fig. 12

Jeanne D.....
Janvier 1895

Après huit mois de traitement.

Taille : 82 centimètres.
Poids : 12 kilos.
Dentition : 16 dents.
Marche : facile, sans aide.
Intelligence : Vive. Commence à parler.

Dose du médicament : Un quart de pastille, (5 centigrammes de glande). Au-dessus, accidents.

PL. VI.

Photographie G. Pradeaux Bx.

Fig. 11

Fig. 12

par la thyroïdine en tablettes comprimées, une imbécile goîtreuse. Notre but n'était pas tant de constater les effets de cette médication sur les symptômes physiques, étude déjà faite bien des fois, que de voir si l'amélioration physique obtenue était accompagnée d'une modification de l'état mental assez notable pour permettre de compter sur cette médication.

Voici les deux observations de nos malades et les détails de l'expérience :

Obs. I. (Service du Dr Pierret.) — *Myxœdème — Faiblesse intellectuelle — Traitement par l'ingestion de corps thyroïde pendant deux mois environ.*

M... (François), chapelier, trente-deux ans, entre à la Clinique le 26 septembre 1893.

Pas d'antécédents héréditaires connus. Le père est vivant, bien portant et est âgé de soixante-dix-sept ans; la mère est également vivante et bien portante. Deux sœurs et un frère en bonne santé.

Le malade dit n'avoir pas eu de maladies graves. Il sait lire et écrire. A appris le métier de chapelier, qu'il a exercé six ans environ avec habileté même (il était finisseur); puis il a exercé plusieurs métiers et a notamment été occupé dans une filature, où on était satisfait de son travail.

Il y a trois ans, à la suite d'une discussion, il reçut un coup de pierre violent qui lui détacha la peau du menton et lui brisa plusieurs dents. Depuis cette époque, dit-il, il devint irritable et trouva du travail plus difficilement.

État physique à l'entrée: Taille debout, 1m42; hauteur de l'ombilic au dessus du sol, 0m793; grande envergure, 1m50; diamètres crâniens : A. P. 0m195, tête arrondie; B. P. 0m151. Embonpoint considérable général. Ventre gros. Seins exagérés. Tour de poitrine sous les seins, 0m92; tour du ventre au niveau des crêtes iliaques, 0m91; tour des cuisses, 0m49. Peau pâle, jaunâtre, dépourvue de poils, sauf au pubis. Téguments infiltrés et épaissis. Cheveux châtain clair, implantés serré et régulièrement. Face large, arrondie, en pleine lune. Joues flasques et pendantes. Nez élargi à la partie inférieure, écrasé à sa racine. Sourcils et cils clairsemés. Inégalité pupillaire. La pupille droite est plus petite que la gauche. Regard expressif. Bouche petite. Lèvres épaisses. Voûte palatine un peu encavée. Dents assez mal implantées. Oreilles grandes, plissées. Cou court, 0m38 de circonférence. Les téguments, très infiltrés à ce niveau, rendent difficile la recherche de la glande thyroïde, qui paraît faire complètement défaut. Mains larges, légèrement cyanosées. Doigts gros et courts. Circonférence de la paume de la main droite, 0m22; circonférence de la phalange du médius droit, 0m075. Tour des cuisses, 0m49. Pieds larges. Organes génitaux nor-

maux. Fonctions organiques normales. Auscultation difficile. Rien aux urines. Quelquefois le malade pisse dans son pantalon.

État mental. — Un peu de paresse cérébrale. Le malade parle lentement, par phrases courtes. Néanmoins il raconte assez bien sa vie et donne volontiers des détails.

Il est irritable, se montre très agacé des plaisanteries qu'on lui faisait sur sa petite taille.

Il a des façons originales de s'exprimer. « On voit l'intelligence des autres, dit-il, on ne voit pas la sienne. » Il prétend aimer les musées, les concerts, mais il lui faut de vrais artistes.

L'instinct sexuel est peu développé. Il aurait eu des rapports sexuels incomplets et sans plaisir, il y a cinq ou six ans. Cependant il fréquentait les maisons publiques; mais, pour lui, « coucher avec une femme c'est comme coucher avec un homme. »

Depuis son entrée, il a passé par des phases d'engourdissement plus marqué et de demi-réveil. En février 1895, il a même gardé le lit, sans autre symptôme qu'une résolution générale et de l'hypothermie. Température entre 36° et 37°.

On commence le traitement thyroïdien le 26 mars 1893. A ce moment, l'état physique est celui de l'entrée, mais la torpeur est plus grande. Le malade est gâteux la nuit, malpropre le jour; il finit de pisser dans ses pantalons. Les cheveux sont moins épais. La voix est rauque. Le scrotum est très infiltré.

Le poids nu est de 57k100. Température entre 36°5 et 37°5.

Le malade ne parle que par monosyllabes; il est irritable, a mauvais caractère, fait exprès d'uriner à côté du vase, de façon qu'on ne puisse analyser ses urines. Il passe ses journées, indifférent à tout, se promenant au milieu de la cour à très petits pas, la tête inclinée en avant. Parfois il reste immobile, parfois il tourne sur lui-même.

Le traitement consiste à faire prendre un lobe de corps thyroïde de mouton dans de l'hostie. A cause de la difficulté à avoir du thyroïde frais, on n'a pu mettre une très grande régularité dans l'administration.

Voici les dates d'administration de l'organe et les poids correspondants du malade :

26 mars, 1 lobe	57k100
30 et 31 mars, 2, 3 et 4 avril, 1 lobe par jour	55k
10, 11 et 12 avril, 1 lobe par jour; 13 avril, 2 lobes; 18 avril, 1 lobe	54k500
19, 20, 23 et 24 avril, 1 lobe; 27, 28 avril, 2, 3, 4, 5 et 6 mai, 1 lobe par jour	52k500
7 mai, 1 lobe; 8 et 9 mai, 2 lobes par jour; 10, 11, 14, 15, 17 et 18 mai, 1 lobe par jour; 21, 22, 24 et 25 mai, 2 lobes par jour; 27 et 28 mai, 1 lobe par jour	53k500

A partir de cette époque, il prend plus irrégulièrement sa dose. On

peut encore lui faire prendre un lobe les 7, 10, 11, 21, 22 juin. Poids du 7 juin, 52 kilos; poids du 24 juin, 52 kilos.

A partir du 20 avril, le malade paraît se réveiller un peu; il devient agressif, se bat avec les autres malades. Il marche plus vivement et fait de plus grands pas.

A partir du 22 juin, on essaie encore de lui faire prendre de la thyroïdine en tablettes, mais il la refuse.

Au 15 juillet, l'état physique est modifié comme suit. Le poids se maintient à 52 kilos.

Tour de poitrine sous les seins, 0m82; tour du ventre au niveau des crêtes iliaques, 0m85; tour du ventre maximum, 0m865; tour de cuisse, 0m47; cou, 0m355; paume de la main droite, 0m21; médius droit, phalange, 0m07.

Scrotum non œdématié.

Le malade parle un peu plus. Il répond aux questions qu'on lui pose, avec une certaine malice. Ainsi, comme il demandait à sortir de l'Asile pour aller travailler, nous lui demandons où il ira, et il nous répond : « Pas dans la lune. » Du reste, il y a des moments dans la journée où il est impossible de lui arracher une parole.

Il est plus propre et peut garder une chemise quelques jours sans la salir. Il se déshabille et s'habille avec plus de vivacité. Même étant nu, il manifeste un sentiment de pudeur que nous n'avons pas constaté chez lui encore : il cache avec la main ses organes génitaux.

La température s'est maintenue normale pendant toute la durée de l'expérience, même elle est de quelques dixièmes de degré supérieure à celle de la période où il ne prenait pas de thyroïde. La différence est surtout sensible en avril et mai, où la température est constamment au-dessus de 37°, tandis qu'auparavant elle descendait presque tous les jours au-dessous. En mai et juin, elle a de la tendance à revenir au-dessous de 37°.

De cette observation, nous sommes autorisés à conclure que le traitement thyroïdien a un effet très net sur l'état physique des myxœdémateux, mais médiocre sur l'état mental.

Obs. II. (Service du professeur Pierret.) — *Imbécillité symptomatique d'une méningo-encéphalite de l'enfance — Goître — Traitement par la thyroïdine.*

B... (Joséphine-Henriette), célibataire. Vingt-sept ans, illettrée, entre à la Clinique le 18 septembre 1894.

Certificat d'entrée de M. le Dr Roche : « Arrêt de développement imputable à une atrophie constitutionnelle accusée par une sorte d'infantilisme affectant à la fois la situation intellectuelle et morale et l'état organique du sujet. Cette idiotie ne laisse pas que d'être dangereuse pour elle et pour l'entourage, vu les déterminations insensées aux-

quelles elle est par instants livrée sous l'influence de véritables hallucinations. »

Certificat de vingt-quatre heures de M. Pierret : « Affaiblissement intellectuel et moral avec impulsions. »

Certificat de quinzaine de M. Pierret : « Idiotie incomplète, avec actes automatiques. »

Père vivant, domestique.

Faible d'esprit depuis l'enfance. A été atteinte, il y a trois ans, d'une maladie d'yeux, à la suite de laquelle ses facultés mentales ont encore été affaiblies. C'est à la suite de cette maladie qu'elle a commencé à prendre des crises, consistant en accès d'agitation avec mouvements du corps et du bras.

État mental à l'entrée. — La malade reste assise indéfiniment, regardant dans le vague, paraît indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, prononce des paroles sans suite, rit sans cause en faisant entendre un sifflement spécial. Elle se balance et imite très bien le vol d'une mouche en se balançant. La mémoire est affaiblie, mais elle se rappelle les choses ordinaires et peut même chanter des chansons apprises dans son enfance. La parole est traînante, lente, non tremblée. Elle répond parfois assez bien, parfois avec incohérence. Pas gâteuse.

État physique. — Teint pâle, un peu de bouffissure des paupières. Exophtalmie de l'œil gauche seul. Cataracte de l'œil droit. Regard sans expression. Traits un peu empâtés. Dentition mauvaise. Lèvres épaisses, la lèvre inférieure surtout. Voûte palatine ogivale. Asymétrie faciale. Aplatissement frontal du côté gauche. Quand la malade parle ou rit, la commissure droite se relève plus que la gauche. Cou gros. Hypertrophie du corps thyroïde. Souffle avec expansion. Carotides normales. Cœur bien rythmé. Bruits sourds et mal frappés. Pas de souffles. Pas de tremblement des doigts. Parfois secousses musculaires dans les membres supérieurs. Mains petites. Atrophie du membre supérieur gauche portant principalement sur l'avant-bras et la main dont les interosseux sont malades. Pas de contractures, mais la main tombe en flexion sur le poignet et quand la malade la relève, l'extension ne se produit que sur les doigts, d'où résulte une griffe.

La malade se sert toujours de la main droite ; jamais de la main gauche. Elle marche difficilement. Il faut la soutenir. Elle pose la pointe du pied en dedans et si elle s'arrête, elle tremble. Elle s'appuie sur la pointe du pied, mais peut poser toute la plante à terre. Mais alors elle se renverse en arrière. Contracture des muscles qui étendent le membre inférieur. Couchée, la contracture persiste, mais pas toujours avec la même intensité. Trépidation épileptoïde aux deux membres, plus facile à obtenir à droite. Réflexes rotuliens exagérés : un choc provoque plusieurs oscillations. Sensibilité retardée, mais conservée dans tous ses modes. Le foie est douloureux à la pression ; il paraît un peu abaissé ; il déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Il y a un point douloureux sur la mamelle gauche dont la pression provoque des secousses convulsives. Pas de points ovariens. Bien réglée.

A l'observation postérieure, on constate que, lors des règles, la malade est toujours plus excitée. Elle se prend alors très souvent à se frapper la tête ou la poitrine à coups de poing violents, en poussant une sorte de « han ! ». Elle pleure ou rit d'un rire niais, reste assise toute la journée, le tronc animé d'un mouvement de balancement latéral ; la tête inclinée à gauche accomplit de lents mouvements de rotation et de latéralité. Le pouls reste petit, régulier, à 80 environ. La température, prise pendant plusieurs mois, oscille entre 36°5 et 37°5. Traitée par le sirop d'iodure de fer. Poids, 45k700. Ce poids oscille, jusqu'au 25 juin, entre 45 et 42 kilos.

Le 25 juin : 44 kilos.

Le 26 juin 1895 : Traitement par 20 centigrammes de thyroïdine de Menk, en tablettes. Poids 44 kilos. Tour du cou, 38 centimètres.

Les 28 et 29 juin : Ces deux jours, la malade est très agitée. Se frappe la tête à coups de poing, jour et nuit. On est obligé de l'attacher au lit. Température 37°7.

Le 30 juin : Engourdissement profond. T. R. 36°4.

Le 2 juillet : Très calme hier, n'a fait que dormir.

Le 3 juillet : Agitation légère. Les règles apparaissent.

Le 4 juillet : 40 centigrammes de thyroïdine par jour, à partir d'aujourd'hui. Le calme se maintient. La face est moins pâle. Tour du cou, 38 centimètres.

Le 8 juillet : Peau rosée. Malade calme. Tour du cou, 37 centimètres. Au palper on ne sent pas le corps thyroïde gros. On arrive très bien sur le larynx. La gaine des sterno-cléido-mastoïdiens est encore empâtée.

Le 12, la malade s'agite. On est obligé de la camisoler.

Le 14 et le 15, accalmie ; la malade ne se frappe pas.

Le 16, l'agitation revient et dure jusqu'au 17.

Le 18, on supprime le traitement thyroïdien. Depuis ce moment, le calme se maintient. La santé générale est bonne. B... mange bien, dort bien et va régulièrement à la selle. Pendant le traitement, le poids a subi des oscillations autour de 43k500. Ces oscillations avaient été constatées en dehors du traitement thyroïdien. La température n'a pas présenté de modifications à signaler.

Si dans la première de ces deux observations le traitement thyroïdien ne nous a donné que des effets très faibles au point de vue mental, si dans la deuxième ces effets ont été nuls, nous avons cependant pu voir que, lorsqu'on s'adresse à de bons produits ou qu'on donne du thyroïde bien frais, on peut continuer longtemps le traitement sans avoir de ces accidents d'intolérance qu'ont signalés la plupart des auteurs, que M. Bourneville nous a dit avoir observés lui-même dans son intéressante communication.

D'autre part, tenant compte de ce fait que nous avons traité

de la même façon un homme dont le corps thyroïde n'était pas appréciable au toucher et une femme dont ce même organe présentait une hypertrophie notable, et rapprochant de ces deux cas la maladie de Basedow avec un goître de volume moyen dont nous avons présenté l'observation tantôt et dans laquelle nous avons vu la thyroïdine très bien supportée et même efficace, il nous semble permis de penser que le *volume* du corps thyroïde ne signifie rien au point de vue de la tolérance pour la médication thyroïdienne et sans doute aussi au point de vue du rôle pathogène de la glande, mais qu'il faut surtout tenir compte de sa *valeur fonctionnelle*. C'est cette notion qui nous paraît expliquer les effets en apparence contradictoires de la médication thyroïdienne chez les basedowiens et chez les myxœdémateux.

M. R. MATTON. — **Un nouveau cas d'idiotie avec cachexie pachydermique.**

Bien que le myxœdème infantile — sur lequel mon cher maître le Dr Bourneville a appelé l'attention un des premiers et qu'il a excellemment dénommé *idiotie avec cachexie pachydermique* — soit maintenant mieux connu ; bien que les cas rapportés soient plus nombreux aujourd'hui qu'il y a six ans, alors que j'avais l'honneur d'être son interne à Bicêtre, je crois devoir faire passer sous vos yeux les photographies prises d'après nature d'un enfant atteint de cette bizarre dystrophie.

J'avais appris à Bicêtre à reconnaître cet état si spécial, et j'ai pu bien facilement faire le diagnostic à distance, un jour que j'aperçus de loin et pour la première fois cet enfant sur les bras de sa mère, qui le conduisait à Salies-de-Béarn. Il ne m'était pas adressé, il ne m'appartenait pas en tant que malade à traiter, de sorte que je dus me borner à prendre quelques notes sommaires sur son état et ses antécédents, avec l'autorisation du confrère qui devait diriger sa cure thermale. Ces notes, les voici, telles que je les ai recueillies le 18 juillet 1895.

Marius C..., né à Montferran-Servez (Gers), à terme, de parents sains et bien constitués. Sa mère est une femme de la campagne, d'une intelligence assez bornée, mais grande et robuste. Elle a perdu un enfant, mort du croup à neuf mois.

Pas d'hérédité mentale ni névropathique, à ce qu'il semble.

Marius a huit ans et demi; sa taille est celle d'un enfant de trois ans et il pèse 14 kilos. Son facies est caractéristique et particulièrement hideux. La peau est d'un jaune cireux et sèche; les parties molles sont flasques et comme œdématiées. Les cheveux sont rares et ternes, et tirent sur le châtain clair. La partie supérieure du cuir chevelu est recouverte d'une épaisse carapace séborrhéique. La forme du crâne est assez régulière, toutes les fontanelles sont fermées, les oreilles régulièrement conformées, les yeux sont bridés, le nez épaté, la bouche large, la lèvre inférieure épaisse et abaissée par la saillie de la langue, qui est énorme et proémine constamment à travers l'orifice buccal.

Le cou est court, régulièrement arrondi et sans trace de corps thyroïde, autant qu'on peut en juger à la vue et au palper.

Les dents sont au nombre de dix-neuf, presque toutes cariées. Le squelette est irrégulier et les jambes offrent les courbures du rachitisme.

L'abdomen est volumineux, sonore. La circulation veineuse superficielle y est très développée, et il existe une petite hernie ombilicale dont la production remonte à l'âge de deux mois.

Les organes génitaux sont normalement développés; les testicules sont au fond des bourses.

Aucune difformité des pieds ni des mains. Pas de ganglions hypertrophiés nulle part.

La respiration est gênée. Marius s'enrhume facilement et a eu déjà plusieurs bronchites. Il fait entendre, à l'état de veille, un ronflement assez régulier, une sorte de stertor assez bruyant.

Le cœur bat régulièrement, mais faiblement, et le pouls radial est absolument imperceptible.

Marius mange à peu près de tout et vomit rarement; la constipation est habituelle et sa mère est obligée de provoquer les garde-robes. Quelquefois, il y a des débâcles diarrhéiques.

Cet enfant est propre; bien qu'il ne parle pas, il sait donner l'éveil à sa mère, fort attentive d'ailleurs à ses besoins, de sorte qu'il ne gâte pas.

Marius C... ne marche pas, mais il se tient assez solidement sur ses jambes et reste souvent pendant plus d'une heure debout sur une chaise contre la fenêtre, d'où il semble suivre avec quelque attention et même une certaine curiosité tout ce qui se passe dans la rue.

Cet enfant n'est ni méchant ni grognon et ne pleure jamais; en tout il est passif pour ainsi dire, docile et de bonne humeur, et quand on l'interpelle, ses traits difforment s'épanouissent en un large rictus. Il connaît très bien sa mère, qui le quitte rarement, et il lui témoigne un certain attachement.

J'ai eu l'occasion de revoir Marius récemment à Salies, où sa mère l'a ramené cette année et où il se trouve en ce

moment. Il a passé l'hiver sans accidents ni indisposition sérieuse. Son état est sensiblement le même que l'an dernier; il s'est légèrement développé corporellement, a gagné quelques centimètres et quelques cents grammes. Mais il ne semble avoir fait aucun progrès d'ordre psychique. Pour mieux dire, ses instincts restent aussi rudimentaires.

APPENDICE A LA SÉANCE DU 2 AOUT (SOIR)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CONSTITUTION, DE L'ARTICULATION ET DE LA CONJUGAISON **DES NEURONES**

Conférence du Professeur RENAUT (de Lyon).

MESSIEURS,

La méthode du bleu de méthylène présente pour l'étude des cellules nerveuses un immense avantage sur toutes les autres. Quand on procède par *injection vasculaire sur le vivant,* que celle-ci soit d'ailleurs artérielle ou veineuse, peu importe : il n'y a que les cellules nerveuses et leurs prolongements qui se teignent en bleu. La névroglie, les cellules de soutien de la rétine, par exemple, ne se colorent absolument pas. Dans la rétine encore, les cellules visuelles, c'est à dire répondant aux cônes et aux bâtonnets, ne subissent non plus aucune imprégnation par le bleu. Les cellules visuelles ne sont donc pas des neurones : ce sont des cellules neuro-épithéliales sensorielles ayant la valeur morphologique de cellules épendymaires modifiées dans leur constitution pour une fonction haute, comme je le soutiens depuis 1881 (1). Dans la rétine, le

(1) J. RENAUT. — Centres nerveux amyéliniques : la névroglie et l'épendyme (*Arch. de Physiol.,* 1881).

premier neurone de Ramón y Cajal doit, par suite, être dépossédé de ce titre et ramené à la simple signification d'une cellule épithéliale, apte à se comporter d'une façon particulière en présence des *ondes lumineuses*, pour servir d'intermédiaire entre celles-ci et les neurones subjacents, aptes seulement à susciter et à propager des *ondes nerveuses*.

En revanche, au sein du plexus basal de Ranvier et toujours dans la rétine, la plupart des cellules dites *basales* et considérées jusqu'à ces derniers temps comme des éléments du *fulcrum tangentiel* d'Henri Müller, doivent être ramenées à la signification des cellules nerveuses. Je suis en cela parfaitement d'accord avec Ramón et avec Dogiel : ces cellules se colorent, en effet, régulièrement sur le vivant par le bleu de méthylène BX. Ma méthode de fixation du bleu par le picrate d'ammoniaque en présence des vapeurs d'iode m'a même permis de les relier à une formation intéressante découverte par Ramón : ses « grands cylindres-axes horizontaux de la couche plexiforme » de la rétine des mammifères [1].

On voit, par ces brefs exemples, combien la méthode d'Ehrlich est précieuse, quand il s'agit de décider de la *qualité* de certains éléments cellulaires des centres nerveux. Elle a d'autres avantages. Quand on est parvenu, comme Cl. Regaud et moi y sommes arrivés pour la rétine, à obtenir non seulement des figurations extrêmement complètes des cellules nerveuses, mais encore à les fixer telles qu'elles étaient sur le vivant et à les transformer en préparations permanentes et indestructibles, on peut aborder certains problèmes et en résoudre quelques-uns. On obtient de la sorte un moyen de comparaison et de contrôle des autres méthodes; on n'est surtout plus forcé de déduire toutes ses conclusions des faits révélés par une méthode unique, telle, par exemple, que celle de Golgi. Or, c'est précisément là ce qu'on était en train de faire récemment. Il n'y a pas bien longtemps que j'ai dit mon sentiment sur cette manière de faire de la science [2], tout en réservant pour la méthode de Golgi et pour les travaux éminemment révélateurs de Ramón y Cajal qui l'a développée, une admiration qui demeure sans limites, pourvu qu'on ne veuille pas faire donner à cette méthode plus qu'elle ne le peut, et que d'un procédé *sans pair* de détermination topographique, on ne veuille faire un instrument d'analyse histologique ni surtout la base d'une doctrine, j'allais presque dire d'un dogme.

Il n'est pas une seule des assertions qui vont suivre qui soit dépourvue de son témoin, consistant en une ou plusieurs préparations persistantes, montées dans la glycérine ou dans le baume. Sur les préparations fixées par le sublimé, puis montées dans le baume du Canada ou dans la résine Dammar, soit directement, soit après virage au chlorure de platine, vous verrez les cellules ganglionnaires, les grains, les cellules dites *basales* du névraxe rétinien, avec leur immense développement de

(1) Ramón y Cajal. — La rétine des vertébrés (*La Cellule*, t. IX, 1er fasc. 1893, p. 201-203).

(2) J. Renaut. — Sur les cellules nerveuses multipolaires et la théorie du « neurone » de Waldeyer (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, séance du 5 mars 1895).

prolongements qui en fait des figures auprès desquelles celles obtenues par la méthode de Golgi semblent des arbres émondés. Vous pourrez étudier les capsules, les filaments perlés et les filaments lisses, le givre de Boll qui les accompagne, les cylindres d'axe et les conjugaisons très rares des neurones entre eux.

I. — La capsule des cellules nerveuses.

La rétine colorée sur le vivant au bleu de méthylène, par injection, soit artérielle, soit veineuse, observée dans la solution physiologique de sel marin à 7 °/oo, montre la capsule en question avec une grande netteté, au bout de peu d'instants, sur un certain nombre de grosses cellules ganglionnaires émettant leur cylindre-axe qui passe de suite dans les fibres optiques (1).

Cette capsule est absolument régulière, à double contour, sans festons irréguliers comme ceux qui se développent autour d'un élément cellulaire délicat par le départ des gouttes sarcodiques (2). Elle a, comme je l'ai dit déjà, l'apparence d'une bulle de verre soufflé. Les prolongements la traversent, ainsi que le cône d'immergence du cylindre-axe, soit en la trouant net, soit en l'entraînant avec eux sur un court trajet. Elle est très élastique. On la voit se développer lentement par l'absorption du liquide additionnel, puis elle cesse d'accroître ses dimensions. Elle puise donc le plasma ambiant avec une certaine activité. Le liquide qu'elle renferme est coloré en bleu légèrement amarante. C'est la couleur du bleu de méthylène diffusé dans la rétine avant d'avoir commencé à colorer les cellules nerveuses. En effet, il arrive (surtout après injection par l'aorte) qu'on a parfois sous les yeux une rétine d'un bleu accusé, ne renfermant d'abord aucune cellule nerveuse ni aucun cylindre-axe colorés. Ce bleu est légèrement nuancé d'amarante ou violacé. Au bout de peu de temps, on voit paraître çà et là des corps cellulaires, puis des cylindres-axes, puis des prolongements lisses ou perlés teints faiblement en bleu pur. Peu à peu, la teinte monte, arrive lentement au bleu foncé, puis au bleu noir. Le bleu violacé diffus s'efface. Les capsules sont gorgées de ce bleu pâle et violâtre. — On vient d'assister, de la sorte, au phénomène intime de la nutrition des cellules nerveuses. On les a vues extraire le bleu des espaces inter-organiques, en gorger leur capsule et de là le distribuer à leurs prolongements, en garder aussi une réserve capsulaire. C'est là, je crois, une observation peu banale et surtout d'une haute portée physiologique. La capsule semble l'intermédiaire obligé entre le neurone et les matériaux interstitiels de sa nutrition, du moins en ce qui concerne les cristalloïdes.

(1) Rétines du lapin, du chat, du chien, du cobaye.

(2) On peut se convaincre aisément que la capsule est bien une poche membraneuse et non pas un espace artificiellement développé autour de la cellule, en brisant une préparation fixée au bichlorure de mercure, puis virée au chlorure de platine pour la rendre transparente. On dissocie ainsi, par hasard, certaines cellules avec leur capsule; ou bien celle-ci est ouverte et on en voit les parois membraneuses se replier, comme celles d'un ballon crevé.

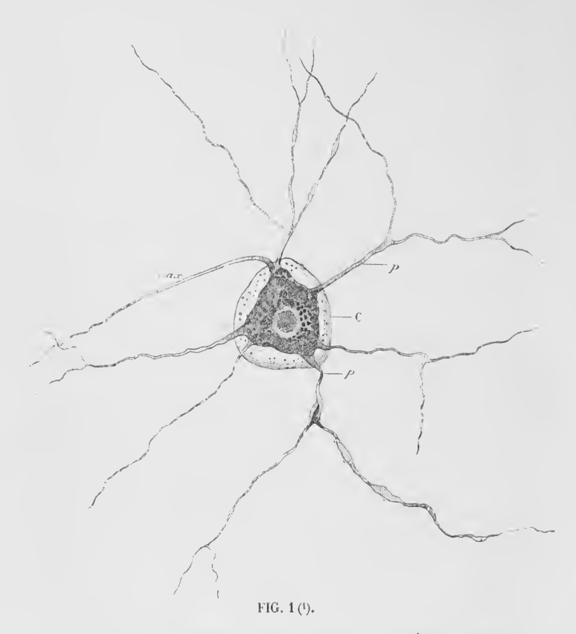


FIG. 1 (1).

CELLULE GANGLIONNAIRE DU GANGLION OPTIQUE DE LA RÉTINE DU LAPIN

Injection artérielle ; sublimé ; glycérine neutre (ocul. 1, obj. 9, Leitz, chambre claire).

C. Capsule.
p. p. Prolongements protoplasmiques.
c. ax. Origine du cylindre-axe.

(1) Les figures qui accompagnent cette conférence nous ont été obligeamment prêtées par l'Administrateur de la *Presse médicale :* M. G. Carré, éditeur, à Paris.

Cette même observation expérimentale juge, en outre, une question très importante. Golgi pensait que les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses « forment vraisemblablement la voie par laquelle s'effectue la propagation du plasma nutritif, des vaisseaux sanguins et des cellules conjonctives (névrogliques) aux cellules ganglionnaires » (1). On voit qu'il n'en est rien. Les cellules puisent le bleu dans la capsule et de là le distribuent à leurs prolongements protoplasmiques. Sur les préparations bien fixées par la solution aqueuse concentrée de bichlorure de mercure, on peut observer des neurones nombreux dont la coloration est incomplète. Le corps cellulaire est seul coloré, ou bien il l'est avec ses prolongements, jusqu'à une certaine distance seulement. Quand la préparation se décolore, c'est le corps cellulaire qui cesse d'être bleu en dernier lieu. La marche de la nutrition n'est donc pas cellulipète comme le supposait Golgi ; elle est cellulifuge (2).

Quand une préparation de rétine (lapin, par exemple), très fortement colorée par le bleu, est fixée net par l'alcool à 36° de Cartier saturé de bichlorure de mercure, le bleu de méthylène précipite souvent en petits cristaux. La capsule est conservée déployée et on la voit remplie de ces cristaux bleus. Elle entretient donc bien une réserve de la substance nutritive alors que la cellule et ses prolongements en sont déjà chargés; car un plasma quelconque, assimilable à la cellule et distribuable par elle à ses prolongements se comporterait, selon toute évidence, comme le bleu de méthylène. La capsule est donc le lieu des échanges nutritifs de la cellule nerveuse.

La surface externe de la capsule est absolument lisse comme la paroi d'une bulle de verre et ne se rattache à rien. Il ne s'agit donc pas ici d'une dépendance des fibres de Müller, Dogiel (3) ayant récemment montré que ces cellules de soutien fournissent une loge, non seulement aux grains, mais encore aux cellules ganglionnaires, on pouvait néanmoins se demander si notre capsule et la sienne ne sont pas un même objet. On ne peut formuler une telle conclusion : car la capsule est absolument isolée, plus ou moins déployée, mais toujours close, sans expansions membraniformes comparables à celles des cellules de soutien, que d'ailleurs le bleu de méthylène ne colore en aucun cas. Il suit de là que la capsule est une édification de la cellule ganglionnaire, comme celle d'une vésicule adipeuse en est une de la cellule connective, comme le sarcolemme en est une du faisceau musculaire primitif. *C'est un organe annexe et absolument nouveau de la cellule nerveuse,* du moins dans la rétine. Là, cette cellule nerveuse et sa capsule sont soutenues par une loge creuse interceptée par les cellules du « fulcrum radial », limitant pro-

(1) Golgi. — Citation de Dogiel, *in* Zur Frage ueber den Bau der Nervenzellen, etc. (*Arch. f. mikroscopische Anat.,* t. XLI, 1893, p. 64).

(2) Ceci vise les prolongements protoplasmiques, non les cylindres d'axe qui souvent apparaissent les premiers. Mais la couche des cylindres d'axe, munie de névroglie, est nourrie très individuellement et reçoit le bleu d'une façon directe.

(3) Dogiel. — Neuroglia der Retina des Menschen (*Arch. f. mikroscopische Anat.,* 1893, Bd XLI, p. 612. Voyez spécialement à ce sujet, fig. 3 et 5, pl. XXXIV).

bablement l'extension du petit dialyseur délicat par rapport auquel cette loge joue le rôle d'un écrin.

La capsule, telle que je viens de la décrire, existe tout aussi bien au pourtour des grosses cellules multipolaires projetant leur cylindre-axe dans la couche des fibres nerveuses, qu'alentour de celles très semblables dont on ne voit pas partir de filament axile. Dans les *grains*, qui répondent à un certain ordre des cellules amacrines de Ramón y Cajal, dans les cellules bipolaires de tous les ordres y compris les cellules basales dont je parlerai plus loin, on peut encore retrouver la capsule, mais modifiée d'une façon très propre à nous éclairer sur sa signification histologique. Ce qui définit un grain, c'est la petitesse et la forme arrondie ou ovoïde du corps cellulaire. De cet ovoïde, les prolongements partent toujours tangentiellement, quels que soient leur nombre et leur sens. C'est sur la face opposée de l'ovoïde qu'on voit se soulever la capsule ou plutôt une demi-capsule comparable à un verre de montre posé sur une sphère comme une calotte. Elle fait corps avec le protoplasma du grain sur le point du raccordement : c'est donc bien là une formation du neurone, contenue avec le corps cellulaire de ce dernier dans la petite loge fournie, nous le savons depuis longtemps, à tous les grains par les expansions latérales des fibres de Müller (cellules épithéliales ou de soutien).

Je terminerai ce que j'ai à dire de la nutrition de la cellule nerveuse par une dernière observation. Si l'on colore une rétine (chat, chien), non plus par injection vasculaire, mais directement par le bleu de méthylène, on voit se teindre en rose certaines cellules de la névroglie, en bleu les noyaux de l'endothélium vasculaire et des cellules lymphatiques. Certaines cellules lymphatiques deviennent bleues en totalité. On les retrouve en petit nombre dans la rétine, mais uniquement au voisinage immédiat de l'ora serrata. Leur forme rappelle celle des clasmatocytes. Mais, dans toute l'étendue de la rétine fournie de cellules ganglionnaires, on n'en trouve pas une seule en dehors des vaisseaux. Ceci porterait à supposer que le centre nerveux ne se nourrit pas ici par voie d'opérations diapédétiques, mais par diffusion pure et simple du plasma nutritif, du moins dans l'état normal.

II. — Les cellules nerveuses.

On sait, depuis les premiers travaux de Remak et depuis ceux de Max Schultze, qu'il ne reste plus autour du noyau des cellules nerveuses ganglionnaires proprement dites qu'une très petite quantité de protoplasma granuleux. Dans le reste du corps cellulaire et dans les prolongements qui en partent, la substance de la cellule est différenciée en une infinité de fibrilles réfringentes, séparées les unes des autres par un protoplasma interfibrillaire. Chez les cyclostomes *(Petromyzon marinus)*, j'ai pu constater, sur les grandes cellules bipolaires à direction longitudinale de la moelle, que ce protoplasma interfibrillaire réduit en noir le nitrate d'argent, tout comme un ciment inter-épithélial. Les prolongements,

rompus en travers et cassés net, montrent une coupe optique divisée en petits champs par ces lignes de ciment, exactement comme une fibre musculaire lisse. Chez les autres vertébrés, la constitution des corps cellulaires et de leurs prolongements est également fibrillaire, bien que d'une façon moins évidente.

Cette fibrillation est entièrement masquée sur les cellules teintes par le bleu et sur leurs prolongements, sauf quand on a fixé le bleu, dit Dogiel, par un mélange de picrate d'ammoniaque et d'acide osmique. La teinte bleue est uniforme ou présente une apparence noueuse dans le corps cellulaire des éléments de grande dimension et sur les prolongements protoplasmiques épais. Elle suggère la notion d'une substance qui imbibe plus ou moins régulièrement le protoplasma dans son ensemble et, par places, d'une façon plus ou moins intense et homogène.

Un nombre plus ou moins considérable de prolongements protoplasmiques sont colorés de cette façon, soit dans toute, soit dans la majeure partie de leur étendue. Ce sont *les prolongements protoplasmiques lisses*. D'autres ont, sur la rétine vivante qu'on vient d'enlever et qu'on examine, par exemple, dans la solution physiologique entre + 37° et + 39°, une apparence bien différente : ce sont *les prolongements protoplasmiques perlés*.

Les prolongements perlés se distinguent des autres de prime abord par la succession de petites boules bleues, d'une régularité admirable, qu'ils enfilent pour ainsi dire à la façon des grains d'un collier. Et ici rien qui ressemble aux varicosités irrégulières des fines fibres nerveuses traitées par la méthode de l'or ou fixées par le bichromate d'ammoniaque. Il y a là, comme je l'ai fait voir [1], un détail de structure et pas du tout un effet d'altération cadavérique. Je le répète, on voit les grains perlés se succédant pareils comme une suite de petites boules bleues, sur des prolongements de cellules ganglionnaires qu'on peut considérer comme encore parfaitement vivantes, et sur certains prolongements ou parties de prolongements, non sur d'autres. La disposition perlée, qui répond sans nul doute à ce que les histologistes ont appelé jusqu'ici *filaments variqueux* sans y ajouter d'importance, traduit en réalité une fonction vitale. Elle indique qu'il y a au moins deux manières d'être, deux attitudes dans les prolongements protoplasmiques.

(1) J. Renaut. — Sur les cellules nerveuses multipolaires et la théorie du « neurone » de Waldeyer (Communication citée à l'Académie de Médecine, 5 mars 1895).

Je rappellerai ici que, dans cette communication, j'ai démontré que chaque grain perlé répond à un renflement vacuolaire du filament protoplasmique et non pas à une goutte de liquide déposée à sa surface. Le protoplasma se gonfle, comme une éponge qui se développe dans l'eau, au niveau du grain perlé et se gorge de plasma coloré. Il y a donc là une variation morphologique définie. Il est clair que, même en se plaçant exclusivement à un point de vue mécanique et grossier, la production d'une série de renflements sur le trajet d'un filament protoplasmique fixé à ses deux extrémités, doit aboutir à sa tension plus parfaite et à modifier ses contacts adhésifs avec les autres filaments. Mais le phénomène me paraît plus complexe. L'état perlé tend à la fois le filament protoplasmique et change profondément son état moléculaire, qui cesse dès lors d'être homogène sur tout le parcours du prolongement perlé.

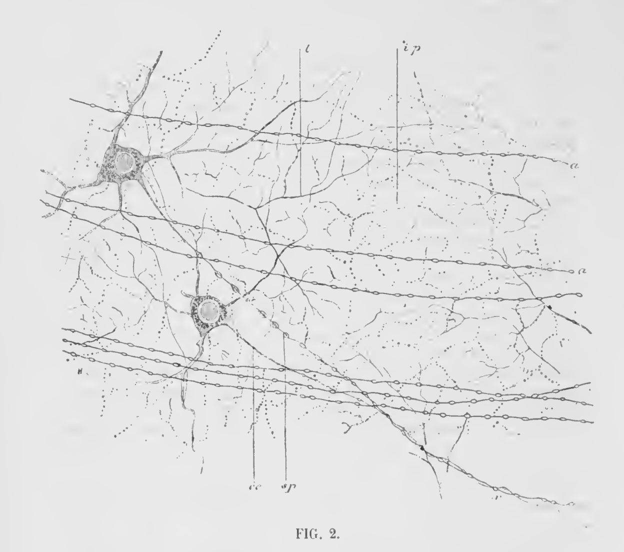


FIG. 2.

CELLULES GANGLIONNAIRES DU GANGLION OPTIQUE DE LA RÉTINE DU LAPIN

Injection artérielle; sublimé; glycérine neutre (ocul. 1, obj. 6, Leitz, chambre claire).

sp. Segment perlé du cylindre-axe de la cellule ganglionnaire supérieure.
ce. Cône d'émergence du cylindre-axe de la cellule inférieure.
x. Point où ils se tordent en hélice sans se fusionner.
l. Prolongements lisses.
ip. Filaments protoplasmiques perlés entrant dans une intrication perlée.
a, *a*. Cylindres d'axe traversant la préparation.

Elle répond certainement à une *attitude d'activité.* Dans ma communication à l'Académie, j'ai déjà dit que si l'on tue la cellule nerveuse de diverses manières, on ne retrouve plus la disposition perlée sur les filaments où elle existait tout d'abord. Mais, pour bien suivre le phénomène, il faut faire agir sur la rétine colorée et vivant encore dans la solution physiologique, une goutte de solution à 10 °/₀ de molybdate d'ammoniaque, qui fixe le bleu et le rend insoluble, mais lentement, en tuant aussi les éléments anatomiques de la même façon. On voit d'abord la teinte bleue se foncer magnifiquement. Puis, peu à peu tous les éléments perlés redeviennent lisses, les boules bleues réduisant insensiblement leur volume; elles rentrent dans le filament sous l'œil de l'observateur qui a la patience d'étudier ce mouvement de retrait. L'état lisse, que prennent les prolongements perlés avant de mourir, constitue donc aussi probablement que possible l'*attitude d'inactivité,* de tension incomplète.

Mais si l'élément est tué et fixé si instantanément qu'il ne puisse du tout réagir, comme c'est le cas avec le bichlorure de mercure (lequel précipite à la fois le bleu à l'état insoluble et frappe net les éléments anatomiques de mort), l'attitude perlée est saisie. C'est par ce moyen qu'on peut en étudier la distribution à loisir.

Les prolongements protoplasmiques perlés deviennent surtout nombreux dans la portion moyenne du plexus cérébral de Ranvier, là où, comme l'a montré ce maître et comme l'a revu depuis Ramón, un grand nombre de panaches protoplasmiques s'entremêlent et forment des appuis adhésifs entre filaments nerveux issus de neurones différents. Dans le plexus basal, tous les filaments ou presque tous forment une intrication perlée d'une délicatesse admirable et à mailles si étroites que, sous un grossissement déjà fort, on croirait aisément à l'existence d'un réseau nerveux sur ce point.

Voyons maintenant si le bleu de méthylène nous renseignera sur la façon dont finissent les prolongements protoplasmiques. Se terminent-ils *tous librement* comme le soutient Ramón y Cajal et comme c'est une sorte d'article de foi dans toute l'école du neurone? Faut-il croire avec Dogiel, au contraire, que les prolongements des cellules nerveuses d'un même type se continuent entre eux à leur extrémité pour former des réseaux, conception qui ruine celle même du neurone, telle qu'elle a été formulée par Waldeyer?

Mes observations ne me permettent pas d'adopter la manière de voir de Dogiel. Sur les préparations les mieux fixées, il ne m'a pas été possible de retrouver ses groupes de cellules unies en réseau par l'extrémité de leurs prolongements. Mais je n'ai pas davantage trouvé de terminaisons libres bien évidentes. On voit, il est vrai, le fil protoplasmique, lisse ou perlé, se décolorer. Mais on le voit aussi se poursuivre au delà et s'engager à l'état incolore dans la substance spongieuse. Il s'agit là de filaments d'une délicatesse et d'une ténuité considérables, et tels que la méthode de Golgi ou celle de Cajal n'en imprègnent jamais de si fins. Aux extrémités des figures dessinées par le chromate d'argent, on voit

l'imprégnation cesser net, comme par une cassure, sauf, par exemple, s'il s'agit de cellules de Purkinje du cervelet de jeunes animaux, cellules dont les prolongements sont encore en voie de croissance. Il faut donc conclure ceci : c'est que *nous ne savons pas comment se terminent d'une manière générale les filaments protoplasmiques des cellules ganglionnaires*. Tous ceux qui, comme nous, auront étudié la question avec le bleu ou simplement qui auront vu mes préparations, seront contraints d'avouer avec moi cette ignorance. Pour résoudre le problème complètement, il faudrait trouver une nouvelle méthode.

Mais il est du moins un fait qu'on peut affirmer : c'est que, dans une préparation de rétine étalée bien à plat, un grand nombre de filaments protoplasmiques sont *tendus*. Là où l'étalement est parfait, ils sont tous tendus, presque sans exception, dans une même cellule ou une série de cellules. Qui dit tension dit aussi que ces filaments tiennent à quelque chose à leur extrémité, puisqu'ils tiennent d'autre part au corps de la cellule ganglionnaire, maintenu par la capsule et la loge correspondante fournie par les cellules de soutien. Vers cette extrémité engagée dans la substance spongieuse, *ils perdent la réaction nerveuse vis-à-vis du bleu de méthylène*. Ce réactif par excellence du filament nerveux ne les colore plus. Finissent-ils ainsi en s'arborisant dans la névroglie? S'attachent-ils simplement aux grains de givre de Boll qui constitue ici cette substance intercellulaire presque tout entière? Peu importe, ils adhèrent; ils sont tendus sur leur trajet. Ils ne sont pas libres ni capables de s'allonger, de changer de direction, d'aller chercher des contacts et des articulations variables, comme on avait pu le supposer un instant. J'ai d'ailleurs démontré expérimentalement que dans les neurones rétiniens, observés sur la platine chauffante dans la solution physiologique entre 38 et 40°, rien ne bouge : quand bien même cette température et ces conditions sont celles du réveil de tous les mouvements d'ordre réellement amiboïde. Tendus entre leurs insertions à la cellule et à la substance intercellulaire, les prolongements protoplasmiques ne peuvent que *modifier cette tension,* s'ils se perlent ou si par contre leur état perlé fait place à l'état de prolongement lisse. Les ondes nerveuses (neurocymes) qu'ils sont destinés à propager ou à transmettre étant des mouvements vibratoires, je crois que cette constatation a son importance.

Les spongioblastes à prolongements rectilignes. — Dans la portion moyenne et surtout externe du plexus cérébral de la rétine des mammifères, au milieu ou dans la région de ce plexus confinant à la couche dite des grains, on voit de grandes cellules nerveuses à petit corps cellulaire et à capsule en calotte (grains). Au voisinage de l'ora serrata, ces cellules deviennent prédominantes ou plutôt on les distingue d'emblée, parce que là les cellules ganglionnaires sont rares ou manquent. Ce sont des cellules appartenant à la variété dite *amacrine,* c'est à dire qui n'ont pas de cylindre-axe (du moins évident). Les prolongements protoplasmiques, partis tangentiellement d'une des faces de l'ovoïde représentant le corps cellulaire, marchent dans le plan de la membrane

comme une série de lignes droites effectuant leur intersection sur un point. Ce sont d'immenses prolongements *tendus*. On n'en voit pas la fin. L'imprégnation par le bleu, qui se fait par des sortes de taches ou de flaques, forme des ilots qu'ils dépassent.

Au bout de quelques jours, sur les préparations fixées par le bichlorure de mercure et conservées dans la glycérine neutre, il se fait une décoloration et, en même temps, une précipitation granuleuse issue du sublimé et se déposant avec élection le long des prolongements nerveux. On voit alors les prolongements protoplasmiques immenses de ces spongioblastes que je décris filer droit comme des fibres de toute longueur et effectuer des croisements au contact entre eux. Je le répète, le long de ces prolongements, peu de perles. En majorité, ils sont tendus comme des cordes. Parmi toutes les formes très variées de spongioblastes décrites par Tartufieri, Ramón y Cajal, Dogiel et, plus récemment, par Bouin (1), celle-ci, qui est cependant très typique, ne me paraît pas avoir grandement attiré l'attention. On verra un peu plus loin pour quelles raisons je me suis attaché à l'étudier. Présentement, je ferai seulement remarquer combien de pareils éléments, comme constitution et relation des prolongements du corps cellulaire, ressemblent à des cellules de la névroglie. Même masse de protoplasma rejetée sur un côté du centre d'émission des prolongements, qui sont tangentiels, de toute longueur apparente et rectilignes. Même attitude rigide de ces prolongements. Mais la neurilité d'une telle cellule est accusée par la façon dont elle prend le bleu de méthylène. Il s'agit ici d'une cellule nerveuse analogue aux éléments du « ganglion rétinien », à ce qu'on appelait autrefois les *grains*.

III. — Les cylindres-axes.

Tous les cylindres-axes de l'épanouissement du nerf optique ne joignent pas une cellule du « ganglion optique ». Bon nombre plongent dans le plexus cérébral et rejoignent des cellules engagées dans le plexus ou même situées plus extérieurement. Je ne m'occuperai ici que de ceux qui sont issus manifestement des cellules ganglionnaires.

Le cône d'émergence du cylindre-axe se fait par un relèvement du corps de la cellule; plus rarement, il prend naissance sur un prolongement qui a déjà donné des branches protoplasmiques, comme l'ont vu Dogiel et Ramón. Il est coloré uniformément en bleu pur. Il donne suite à un filament d'une ténuité progressive et qui devient rapidement extrême. Puis, dans la presque totalité des cas, on voit apparaître des perles rondes. Un peu plus loin, le filament axile se renfle, redevient lisse; et, ultérieurement, il ne présente sur son trajet que des renflements irréguliers, discontinus, des perles fusiformes, comme je l'ai signalé déjà en mars 1895.

(1) P. Bouin. — Contribution à l'étude du ganglion moyen de la rétine chez les oiseaux (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie,* 1895, n° 4, juillet-août, p. 313).

Le *segment perlé* du cylindre-axe, prenant place entre le fil très atténué qui fait suite au cône d'émergence et le filament axile déjà devenu robuste et entièrement constitué, réalise une disposition nouvelle et typique du cylindre-axe à l'origine de son parcours. La partie grêle dont je viens de parler est toujours lisse, si mince qu'avec les meilleures colorations on a souvent peine à la suivre. Puis vient une série de grosses perles, en nombre variable sur les divers cylindres-axes, et au niveau desquelles celui-ci n'est jamais sinueux ni ondulé par le retrait, même s'il décrit une courbe. C'est là une zone d'attitude active, de tout point remarquable, celle probablement où se tend le prolongement d'une façon variable et commandée par le mode même de sa fonction, qui est de transmettre et pas toujours d'une façon identique au loin le mouvement cellulifuge. Dans l'hypothèse que je forme, il y aurait donc deux zones d'accommodation à la tension nécessaire : l'une siégeant sur un certain ordre de prolongements protoplasmiques du neurone, l'autre prenant place sur le trajet du cylindre-axe, à l'origine même de la formation de ce dernier. La première réglerait l'impression, origine du mouvement cellulipète. La seconde déterminerait l'amplitude ou, si l'on veut, le mode de l'onde cellulifuge projetant au loin, par le cylindre-axe, la réaction particulière et conforme à la modalité fonctionnelle du moment, suscitée par le neurone impressionné.

Tel qu'il sort ainsi de la cellule nerveuse, le prolongement de Deiters constitue ce que j'appellerai le *filament axile primitif*. Aux extrémités de l'épanouissement des fibres optiques, vers la marge de la rétine, on voit les filaments axiles primitifs se grouper en *cylindres-axes proprement dits,* c'est à dire occupant plus loin l'axe d'une fibre nerveuse à myéline du nerf optique. Ils ne le font pas d'emblée. Ils se rapprochent, s'éloignent tour à tour en une fasciculation d'abord plexiforme, dont les traits échangent une série de fois des filaments axiles primitifs. Un cylindre-axe de fibre nerveuse ne peut donc être considéré que comme un faisceau de filaments de Deiters issus le plus souvent de cellules diverses. Ceci est du moins évident dans la rétine, surtout chez le chien et le chat. Là, à l'extrémité des pinceaux de fibres optiques, on a affaire à un véritable plexus. Au sein de celui-ci, les filaments axiles primitifs ont contracté souvent une multitude de contacts adhésifs avec d'autres, qui ne feront pas partie du cylindre-axe de la fibre du nerf optique à laquelle ils sont eux-mêmes destinés.

C'est au niveau de la fasciculation plexiforme qu'apparaît la névroglie de la couche des fibres optiques, mais non pas dans les injections intravasculaires de bleu faites sur le vivant. Dans ce cas, aucune cellule névroglique ne se colore, non plus que les cellules endothéliales d'aucun vaisseau intra-rétinien. En revanche, quand on traite une rétine de mammifère, et surtout celle du chien ou du chat, par le bleu direct, les cellules névrogliques se colorent. Mais elles se teignent en rose pur et non pas en bleu [1]. Ce sont de petites cellules étoilées, dont les prolon-

[1] Fixation par la solution aqueuse saturée de sublimé. Glycérine neutre.

gements anastomotiques forment un réseau très net dans les intervalles des fibres optiques. On ne voit pas davantage leurs fibrilles tangentielles et rigides qu'on ne distingue les fibrilles du corps et des gros prolongements des cellules nerveuses.

Il y a donc bien un protoplasma clair, hyalin et réfringent, qui englobe encore ici ces fibres et qui les suit comme un vernis dans tout leur parcours. C'est le long de lui que s'épand le bleu de méthylène, à la façon d'un plasma imbibitif. D'autre part, la différence de coloration des éléments nerveux et des névrogliques par le bleu direct, l'absence de coloration des cellules de la névroglie sous l'influence des injections intra-vasculaires de bleu montrent bien : 1° qu'il y a une véritable différence entre les deux ordres de cellules et que la névroglie n'est pas réellement nerveuse, comme je l'ai cru ; 2° qu'il y a une certaine conformité de constitution entre les cellules nerveuses et celles de la névroglie, puisque le bleu les colore toutes les deux, bien qu'avec une élection différente.

IV. — Relations des neurones entre eux.

Telle est la conception théorique du neurone : une cellule nerveuse dont tous les prolongements, y compris celui qui joue le rôle de cylindre-axe, se terminent toujours « librement » après s'être plus ou moins arborisés. Jamais les branches de cette arborisation ne confluent, pour former des mailles closes, ni entre elles dans un même neurone ni avec celles émanées d'un autre neurone.

Le neurone est, selon cette manière de voir, engagé dans l'organisme comme le sont les arbres et les animaux dans la nature, lesquels ont entre eux des rapports de voisinage ou de contact, mais en demeurant des individus isolés. Les prolongements d'un neurone peuvent toucher une autre cellule ou les prolongements d'une autre cellule, le corps d'un autre neurone ou ses prolongements. C'est « l'articulation » de Ramón y Cajal. Entre neurones associés pour concourir à l'exécution d'une fonction, comment s'opère cette « articulation » ? C'est ce que la théorie du neurone ne dit pas. Quant à l'expliquer par des mouvements amiboïdes, c'est une hypothèse que d'abord l'expérimentation [1] ne justifie point, et, en second lieu, que l'anatomie générale permettrait d'écarter pour ainsi dire *a priori*. Les mouvements amiboïdes, pseudopodiques chez les vertébrés, sont exclusivement dévolus aux cellules lymphatiques. D'autre part, la contractilité demeure l'apanage des cellules musculaires ou myo-épithéliales. Il fallait chercher une autre explication.

Dans les neuro-épithéliums, il y a une cellule douée de sensibilité à la lumière, exécutant sous l'influence de celle-ci non pas des mouvements, mais une locomotion des particules de pigment que renferment ses prolongements ou « franges », et qui est pourvue aussi du pouvoir de sécréter. C'est la cellule de l'épithélium pigmenté de la rétine. Et ses

(1) J. Renaut. — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, séance du 5 mars 1895.

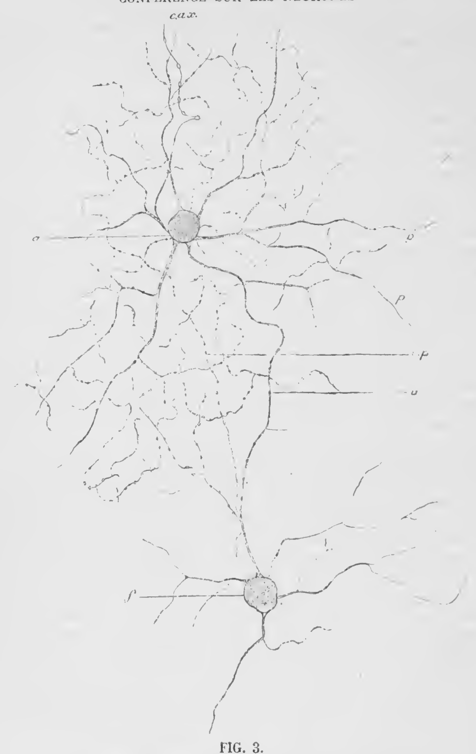


FIG. 3.

CELLULES GANGLIONNAIRES DU DEUXIÈME ÉTAGE DU GANGLION OPTIQUE DE LA RÉTINE DU COBAYE

Méthode du bleu fixé par le picrate d'ammoniaque en présence des vapeurs d'iode (ocul. 1, obj. 6, Leitz, chambre claire).

a, *f*, Cellules conjuguées par le long prolongement protoplasmique *u*, perlé en son milieu
c.ax. Cylindre-axe (filament axile primitif), et son segment perlé à trajet tortueux.
p, *p*. Prolongements protoplasmiques, lisses à leur origine, puis perlés.
ip. Prolongement perlé de la cellule *f*, montant dans le plexus cérébral pour y participer à l'intrication perlée occupant l'épaisseur de ce plexus.

prolongements eux-mêmes sont *tendus* entre le corps cellulaire et la limitante externe de la rétine, où ils viennent former les « corbeilles des cônes et des bâtonnets ». La *baisse* du pigment sous l'influence d'un rayon lumineux, sa *levée* quand l'œil est remis à l'obscurité, s'effectue par un transport des grains pigmentaires par le protoplasma, qui les mobilise en formant des étranglements et des ventres alternatifs et successifs tout le long du prolongement. Saisis en action par l'acide osmique, les prolongements deviennent variqueux, de lisses qu'ils étaient au repos.

Les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses sont également, comme je l'ai fait voir, tendus entre leur terminaison apparente dans le neurosponge et le corps cellulaire qui les émet. Même avec des inflexions et des courbes elégantes et plus ou moins compliquées, ils ne sont pas libres au sein de la substance moléculaire. La preuve, c'est que brisés artificiellement ou déformés par les réactifs, ils se plissent en zigzag comme des filaments élastiques rompus. Ils sont tenus par leur gaine de givre de Boll. De plus, ils se croisent et s'entrecroisent en formant ce que j'ai appelé des *appuis adhésifs,* semblables en cela aux filaments unitifs des cellules du corps de Malpighi et aux fibres de la névroglie, qui ont la même origine blastodermique. La cellule de l'ectoderme, nerveuse, névroglique ou malpighienne, a une évolutilité spéciale, en vertu de laquelle elle différencie, sur sa périphérie, des fibres de toute longueur, qui se dégagent tangentiellement, vont prendre plus loin des appuis adhésifs sur leurs congénères ou à la surface d'autres corps cellulaires identiques à celui qui les émet. Il est facile d'étudier ces appuis adhésifs dans une intrication de prolongements protoplasmiques telle que celle existant dans le plexus cérébral de la rétine. Les filaments protoplasmiques se touchent exactement sur une multitude de points sans perdre leur individualité dans ces contacts; et même au niveau de ceux-ci on peut voir le plasma imbibitif qui mène le bleu de méthylène former parfois comme une sorte de petite palmure au point nodal. D'autres fois, des prolongements s'accolent étroitement sur un certain parcours et forment un fil bleu qui paraît homogène. Après deux ou trois jours d'immersion dans le baume du Canada, le bleu pâlissant un peu, on voit qu'il s'agissait de deux filaments accolés et non d'un seul. Le plasma imbibitif filait dans une seule et unique gaine de givre de Boll et teignait les deux prolongements en bloc. Les appuis adhésifs, dans un centre nerveux tel que la rétine, sont donc innombrables et de disposition variée.

Ils se produisent toujours en plus grand nombre dans ce que j'ai nommé les *intrications perlées,* c'est à dire que les prolongements en contact sont en majeure partie formés de fils perlés. Il y a une intrication perlée, étroite au point de donner l'illusion fréquente de mailles fermées, dans la portion moyenne du plexus cérébral (ganglion optique). Il y en a une autre dans la portion moyenne du plexus basal (couche intergranuleuse). Là, tous les filaments paraissent perlés sous un faible grossissement. En réalité, dans toute intrication perlée, il entre

des prolongements lisses et d'autres perlés qui se croisent au contact. Dans le plexus basal, l'intrication est à mailles si étroites qu'on dirait un vrai réseau circulant entre les corps des cellules dites *basales*, lesquelles ont, comme on va le voir, une tout autre signification.

J'attribue de plus en plus à l'intrication perlée et aux appuis adhésifs le rôle capital dans « l'articulation » des neurones entre eux. L'état perlé répond à l'attitude active, celle du fonctionnement. Seule, sa production peut faire varier les contacts, les rendre plus ou moins étroits, tendre les prolongements pour les adapter, si l'on veut, à la demi-longueur de l'onde nerveuse excitatrice, fournie par le neurone inducteur au neurone induit. La disposition perlée répondrait, dans cette conception, à la mise en jeu d'un véritable mécanisme d'accommodation des neurones récepteurs, aux neurocymes à transmettre par les neurones inducteurs. C'est là une notion nouvelle, et, m'écrivait il a peu de jours Waldeyer, tout à fait intéressante et peut-être féconde. Elle a en tout cas le mérite de reposer sur un dispositif anatomique saisissable et non sur de simples vues de l'esprit.

Cl. Regaud, qui étudie en ce moment certains détails des terminaisons nerveuses intra-épidermiques, a constamment trouvé la disposition perlée, c'est à dire celle que nous regardons comme l'attitude d'activité, dans les filaments terminaux des nerfs sensitifs. Ceux-ci répondent, on le sait, à des prolongements protoplasmiques des neurones ganglionnaires, c'est à dire à des filaments *réceptifs* par excellence.

Maintenant, j'aborde une question capitale. Existe-t-il, en dehors de l'articulation des neurones entre eux par appuis adhésifs, variable du chef de l'état perlé, des unions de neurones entre eux, soit un à un, soit par le mécanisme de réseaux communicants?

Les unions de neurone à neurone existent, comme je l'ai soutenu tout d'abord; mais elles sont rares ou du moins difficiles à mettre en lumière avec une évidence absolue. J'ai pu néanmoins en trouver deux formes incontestables et rendre permanentes des préparations qui les démontrent.

A. *Neurones jumeaux.* — Deux grandes cellules ganglionnaires émettent chacune des prolongements protoplasmiques nombreux; elles sont accolées l'une à l'autre et se tiennent par une expansion membraniforme. Une seule de ces cellules émet un cylindre-axe.

B. *Neurones couplés.* — Deux cellules ganglionnaires sont placées à une petite distance l'une de l'autre et dans un même étage de la rétine. Elles émettent un grand nombre de prolongements protoplasmiques. Parmi ceux-ci, il y en a un qui joue le rôle de branche d'union, laquelle lorsqu'elle existe, se distingue d'ailleurs facilement au milieu des autres. Dans un cas que j'ai fait dessiner, ici encore une seule des deux cellules émettait un cylindre-axe. Dans d'autres cas, je n'ai pu voir s'il en est de même, mais je considère la chose comme assez probable.

Les neurones jumeaux et les neurones couplés me paraissent répondre à des cellules nerveuses nées d'une même cellule germinale et qui, par la suite du développement, ne se sont pas séparées. Elles prennent pro-

bablement naissance là où il faut sommer les actions nerveuses sur un seul cylindre-axe et les y amener par *conduction*. Ce sont là, en somme, de petites batteries de cellules, comparables aux piles électriques réunies deux à deux. Mais dans la majorité des cas, c'est par *influence,* c'est à dire par le mécanisme des appuis adhésifs variables de par l'accommodation au passage des neurocymes en vertu de l'état perlé, que se fait le passage de l'influx nerveux de neurone à neurone. La nécessité fonctionnelle suscite et fait varier l'état perlé de façon à assurer la transmission aux points de contact.

S'il est absolument impossible d'admettre les réseaux marginaux d'union entre cellules de même type décrit par Dogiel, ceci ne veut pas dire qu'il n'y ait pas, dans certaines parties des centres nerveux, des dispositions en réseau. Par ma méthode de fixation du bleu par le picrate d'ammoniaque en présence des vapeurs d'iode, qui lorsqu'elle réussit fournit des images incomparables de finesse et de netteté, j'ai constaté que les cellules situées en ordre régulier dans l'étage externe du plexus basal, « cellules basales » des auteurs, sont en réalité des cellules bipolaires d'une variété particulière. Le corps cellulaire a la forme d'une poire dont l'origine du cylindre-axe représente la queue. Après un très court trajet, ce cylindre-axe s'arborise dans le plan du plexus basal en grandes branches rubanées, massives, épineuses sur leurs bords, s'entrecroisant tangentiellement et formant d'immenses et larges mailles un peu au-dessous des pieds des cellules visuelles. De ces rubans cylindres-axiles plats, qui répondent aux « grands cylindres-axes horizontaux de la couche plexiforme » de Ramón y Cajal, partent des prolongements interceptant des mailles curvilignes. Un grand nombre de ces mailles, lesquelles sont régulières et, par leur énorme délicatesse, échappent totalement à la méthode de Golgi, sont manifestement fermées. Du pôle opposé de la cellule, partent des prolongements protoplasmiques qui s'étalent horizontalement eux aussi, mais ne se rejoignent pas. Il y a donc là un réseau. Je puis ajouter qu'il s'est établi par concours secondaire des branches des cylindres-axes. Vers l'ora serrata, là où il n'y a plus de fonction cono-bacillaire à diffuser, il n'y a plus de mailles fermées. Celles-ci me paraissent constituer une disposition fonctionnelle acquise, probablement en vue de la diffusion en surface des impressions lumineuses, que d'autre part les bipolaires répondant aux bâtonnets transmettent par points aux cellules du ganglion optique. Plus profondément, du reste, on rencontre un second dispositif de transmission en surface, formé par les spongioblastes à prolongements rectilignes. Ces spongioblastes m'ont présenté quelquefois des cellules jumelles. Ce sont eux qui réalisent surtout l'articulation par accolement parallèle, dont j'ai parlé plus haut, de deux filaments protoplasmiques enfermés dans une même gaine de givre de Boll.

Tout ce que je dis ici complète à mon sens la conception du neurone, sans du tout la ruiner comme certains très bons esprits l'ont cependant pensé au début. Seule la notion exclusive de l'isolement absolu du neurone, celle de l'*idioneurone* si je puis ainsi parler, en apparaît ébranlée.

La notion des neurones couplés, des *gamoneurones* si l'on veut, explique simplement certaines sommations de force nerveuse comparables, après tout, à celles qu'on connaît en électricité. En électricité, on use d'une pile toute seule ou de piles réunies en batteries; on connaît deux modes de propagation électrique, par conduction et par induction. Nous venons de voir qu'il semble bien en être de même pour les ondes nerveuses.

Quant à leur diffusion dans des réseaux, là où cette diffusion est nécessaire pour mettre, sur de grandes surfaces, rapidement, un grand nombre d'éléments nerveux à l'état de même tension, elle s'explique bien dans la rétine et rien n'autorise à dire qu'ailleurs elle ne sera pas rendue indispensable par certaines modalités de la fonction à exécuter. Une vérité qu'on ne saurait trop avoir présente à l'esprit, c'est, en effet, que les fonctions font les organes; et qu'en vue de celles-ci — c'est à dire en somme pour vivre — les éléments anatomiques, même ceux tout à fait disposés à la parfaite individualité, subissent des flexions morphologiques très étendues.

L'aptitude à réaliser la disposition perlée apparaît elle-même comme un phénomène de cet ordre. Elle constituerait, pour les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses, un instrument d'accommodation à la réception des neurocymes issus des neurones dont les prolongements viennent à leur contact. L'onde ne passerait que dans les prolongements perlés. Pour le segment du cylindre-axe qui fait suite à l'effilement de son cône d'émergence, l'état perlé, dans cette même manière de voir, répondrait de son côté à l'accommodation du filament axile primitif, à la projection au loin des neurocymes suscités par la cellule nerveuse qui lui a donné naissance. La liberté, l'intensité, les modalités du passage de l'onde répondraient également à la façon plus ou moins complète ou étendue dont se produirait le passage du filament nerveux à l'état perlé.

SÉANCE DU 3 AOUT (MATIN)

Présidence de M. le Dr JOFFROY, Président.

Sommaire. — Exposé oral du rapport sur la troisième question : *Les impulsions irrésistibles des épileptiques envisagées surtout au point de vue médico-légal*, par M. Parant. — Discussion sur la question. — M. J. Voisin : 1° Observation d'une épileptique ayant deux variétés de délire, un délire dont elle se rappelle et un délire dont elle n'a aucun souvenir. 2° Observation de fugue épileptique. 3° Responsabilité des épileptiques. — M. Verrier : De l'automatisme ambulatoire chez les hystériques. — M. Vallon : Actes des épileptiques; de l'importance prépondérante des caractères de l'acte incriminé dans l'appréciation de la responsabilité des épileptiques.

La séance est ouverte à neuf heures.

Aussitôt après la lecture du procès-verbal, la parole est donnée à M. Parant, qui résume verbalement son rapport sur la troisième des questions mises à l'ordre du jour : *Les impulsions irrésistibles des épileptiques envisagées surtout au point de vue médico-légal.*

A la suite de cet exposé, la discussion est ouverte.

LES IMPULSIONS IRRÉSISTIBLES DES ÉPILEPTIQUES

(DISCUSSION)

M. J. VOISIN. — **Observation d'une malade épileptique ayant deux variétés de délire : un délire dont elle se rappelle et un délire dont elle n'a aucun souvenir.**

La caractéristique du délire épileptique et des impulsions est, comme le dit très bien M. Parant dans son rapport, et avec

cela il est en communion d'idées avec tous les auteurs, l'instantanéité, la soudaineté dans l'acte, la perte du souvenir et l'absence de motif de l'acte exécuté.

Quand le souvenir d'un délire est très exact après un accès convulsif, je crois qu'il faut faire intervenir, dans un grand nombre de ces cas, la dégénérescence mentale. L'accès épileptique a été la cause déterminante de la folie dégénérative comme il est surtout la cause d'une folie morale.

L'observation suivante me paraît un exemple de ce que j'avance.

Il s'agit d'une malade de mon service ayant fait plusieurs tentatives de suicide à la suite d'accès convulsifs.

Quand la malade conserve le souvenir de ses actes, elle est prise, à la suite de l'accès, d'une tristesse très grande; elle est obsédée par l'idée du suicide et elle est angoissée. Elle répète sans cesse : « Il faut que je meure, je ne peux vivre ainsi, je sais que je fais mal, mais je ne puis faire autrement; il faut que je meure, » et en même temps la malade tente de s'étrangler ou de se pendre. On est forcé de la camisoler. Cet état mélancolique angoissant dure quatre à cinq jours; puis, généralement, à la suite d'une nouvelle crise convulsive et après un sommeil prolongé elle revient à elle.

Dans l'autre cas, la malade, à la suite d'un accès complet ou incomplet, présente des hallucinations de la vue, le plus souvent terrifiantes; elle voit des couteaux, du sang et des flammes, et essaie de se poignarder. Un jour, elle prit un couteau à bout arrondi et s'en frappa de plusieurs coups. Ils ne produisirent heureusement aucun effet. Une autre fois, elle prit un morceau de verre et se l'enfonça dans le sein. En même temps que ses hallucinations terrifiantes, cette malade présente à d'autres moments des hallucinations mystiques. Elle voit Dieu, la Sainte-Vierge, le paradis, des anges, etc.

Ce délire, comme le premier, dure trois ou quatre jours et disparaît généralement à la suite d'un accès convulsif et d'un sommeil prolongé. La malade n'a aucun souvenir de ce délire, qui est un véritable délire épileptique.

Ces deux délires peuvent coexister, c'est-à-dire se montrer en même temps, mais le plus souvent ils alternent. C'est tantôt l'un, tantôt l'autre et, fait bien caractéristique, ils se présen-

tent toujours avec les mêmes modalités. Ce sont toujours les mêmes tentatives et les mêmes mots prononcés par la malade.

Voici en détail l'observation :

OBSERVATION. — *Épilepsie — Hérédité directe maternelle — Accès fréquents — Délire après les accès — Tentatives de suicide — Perte du souvenir dans un cas — Conservation du souvenir dans un autre.*

La nommée V..., âgée de quinze ans et demi, entre à la Salpêtrière en 1883. Sa mère, grande épileptique, est morte phtisique à trente-huit ans. Son père était délicat, nerveux, mort à cinquante-un ans.

Elle aurait eu à six ans ses premières attaques. Renvoyée de classe, elle entre à la Salpêtrière et l'on constate que cette enfant présente des vertiges, des accès incomplets et des accès complets. Les accès complets sont souvent précédés de crampes dans les membres pendant plusieurs heures.

Ces accès reviennent deux ou trois fois par mois. Ils s'accompagnent toujours d'état gastrique. Les accès sont tantôt nocturnes, tantôt diurnes.

Après les accès, il y a généralement de l'hébétude. La malade reste au lit une partie de la journée, absorbée.

Depuis 1888, la malade présente souvent du délire après ses accès, délire qui dure plusieurs jours, et son intelligence baisse beaucoup.

Cette malade, qui s'occupait dans le service, ne fait plus rien. Elle tricote seulement; elle ne prend plus intérêt à la lecture et elle se tient malpropre.

Grande, forte, elle présente des stigmates de dégénérescence. Voûte palatine ogivale. Oreilles plates. Zézaiement.

Son délire revêt deux formes bien distinctes: l'un dont elle se rappelle et l'autre dont elle ne se rappelle pas.

Quand elle se rappelle son délire, la malade, après son accès convulsif, est prise de tristesse; elle se trouve malheureuse, se croit entourée d'ennemis. Les infirmières et la surveillante lui en veulent, la tourmentent. Son existence est des plus pénibles. La vie n'est pas tenable et nous voyons les idées de suicide s'implanter. Au bout de douze heures ou vingt-quatre heures au plus, l'idée de suicide devient obsédante. Il faut qu'elle meure, dit-elle, elle ne peut vivre comme cela, il faut qu'elle meure. Elle sait que c'est mal de se donner la mort. Mais elle ne peut faire autrement, il faut qu'elle meure, et la malade fait des tentatives de pendaison ou de strangulation. Camisolée, elle répète : il faut qu'elle meure. Cette obsession dure quatre ou cinq jours et pendant ces quatre ou cinq jours la malade présente deux ou trois accès convulsifs, après lesquels elle est toujours triste. Généralement à la suite d'un sommeil prolongé consécutif à un accès convulsif, cette malade se réveille guérie, non obsédée, mais se rappelant très bien son délire.

Une autre fois, la malade présente des hallucinations de la vue à la fin de ses accès. Elle voit Dieu, la Vierge, le paradis, etc., etc. Par moments, elle se croit appelée à faire de grandes choses. Dieu l'a choisie, elle fera des miracles.

D'autres fois, au lieu d'avoir des hallucinations mystiques, elle a des hallucinations terrifiantes. Elle voit des couteaux, du sang et elle se débat avec violence et cherche à se tuer. Son visage, dans ce cas, exprime la terreur.

Un jour, elle prit un couteau arrondi et s'en frappa, heureusement sans résultat. Une autre fois, elle s'introduisit un morceau de verre dans le sein. Cet état d'agitation dure six à sept jours, pendant lesquels la malade a trois ou quatre accès convulsifs, puis revient à elle sans se rappeler aucunement ce qui s'est passé.

Interpellée pendant ses périodes de délire, elle répond nettement aux questions qu'on lui pose, puis reprend le fil de son délire en répétant toujours les mêmes mots, les mêmes phrases.

M. J. VOISIN. — **Observation de fugue épileptique.**

Au paragraphe du diagnostic des fugues épileptiques, M. Parant dit que M. Félix Voisin, en 1889, au Congrès de Médecine mentale, fut un des premiers à donner les signes différentiels du diagnostic des fugues hystériques des fugues épileptiques.

Permettez-moi, Messieurs, de relever cette petite erreur de nom. C'est moi, Jules Voisin, et non Félix Voisin, qui fis cette tentative.

Les signes que j'ai indiqués ont été constatés par la plupart de mes collègues, surtout par M. Régis, et ils sont rapportés par M. Parant dans son mémoire; les voici :

Chez les hystériques, on remarque des stigmates d'hystérie; ces malades exécutent, le plus ordinairement, des actes qu'ils ont déjà exécutés à l'état de veille, ou bien ils exécutent des actes auxquels ils ont pensé les jours précédents; une ébauche d'attaque, une suffocation avec vertige peut être le prélude de l'acte ambulatoire; enfin, le sommeil hypnotique est facile chez l'hystérique, il fait revivre avec précision toutes les phases de l'accès ambulatoire et les prodromes de cet accès, tandis que le sommeil hypnotique est presque impossible chez l'épileptique.

J'ai, en outre, fait ressortir que, chez l'hystérique, il y a un véritable dédoublement de la personnalité, que chez lui les

actes sont bien coordonnés, que tout, chez le malade, nous fait croire qu'il est dans son état normal, tant il y a de régularité dans son maintien, ses actes et ses paroles.

J'ajouterai que l'hystérique se rappelle, dans cet état second, tout ce qu'il a fait et dit depuis le commencement de son accès ambulatoire, tandis que l'épileptique ne se rappelle pas tous les détails de son accès. Il ne se rappelle pas, le plus souvent, ce qu'il a fait un quart d'heure auparavant ou bien ce qu'il a fait la veille. Il peut ne pas reconnaître les personnes qu'il a vues il n'y a qu'un instant, ou bien il prend une personne pour une autre. Cette amnésie des faits récents et cette confusion des personnes sont des plus caractéristiques et donnent à la fugue épileptique un aspect incohérent que l'on ne voit pas chez l'hystérique. L'observation que je rapporte est très démonstrative à ce point de vue. J'ajouterai encore que les épileptiques, pendant cet état de fugue, présentent un état saburral de la langue des plus prononcés, comme chez mon malade. Peut-être que, chez ces malades, on pourrait cultiver leur sang comme on cultive celui des maniaques [1], et peut-être aussi que leurs urines sont hypotoxiques. Mais, n'ayant pas fait de recherches dans ces cas, je ne puis l'affirmer.

Le diagnostic différentiel le plus difficile à faire est celui de la paralysie générale progressive d'avec l'épilepsie. Dans les deux cas, il peut y avoir tremblement de la langue et embarras de la parole. Dans les deux cas, il y a de l'incohérence dans les actes, mais l'incohérence est plus prononcée chez le paralytique général. De plus, il y a chez ce dernier de l'inégalité pupillaire et des idées niaises de satisfaction ou de richesse, qu'on ne retrouve pas généralement chez l'épileptique avec un cachet de niaiserie aussi marqué. La physionomie chez ce dernier est moins béate. De plus, ces phénomènes de tremblement de la langue, d'embarras de la parole, d'idées de satisfaction ou de richesse sont passagers chez l'épileptique; ils ne durent que le temps du délire, c'est à dire cinq à six jours, tandis que chez le paralytique général ces symptômes somatiques et intellectuels persistent. On apprend aussi, plus tard, que le paralytique général a présenté, avant sa fugue, de la

(1) Jules VOISIN et R. PETIT. — *Archives de Neurologie*, 1895.

céphalalgie, de l'insomnie et des modifications du caractère depuis plusieurs mois, et la marche de la maladie est bien différente de celle de l'épilepsie.

Observation. — *Fugues épileptiques — Inconscience de son état — Petit mal intellectuel — Apparence de raison — Perte du souvenir des faits récents pendant l'état de fugue — Confusion dans les idées avec hébétude par moments — Secousses et spasmes — Légère inégalité pupillaire — Pas d'accrocs — Pas de tremblement de la langue.*

Le nommé Aud... (Frédéric), trente-un ans, se présente à ma consultation externe le 27 juin 1895. Son père et sa mère vivent encore et sont bien portants; l'un a quatre-vingt-trois ans, l'autre soixante et onze ans. Pas de maladie nerveuse. Deux frères jouissant d'une bonne santé.

Cet homme a toujours été bien portant jusqu'au mois d'août 1894. Dans son enfance, il n'eut aucune maladie. Il ne présenta jamais de convulsions. N'a jamais uriné au lit et jamais ne s'est mordu la langue.

Au mois d'août 1894, à la suite de contrariétés très vives, d'un procès, il dit avoir eu une insolation. Il tomba sans connaissance à dix heures du matin et ne s'est réveillé qu'à quatre heures de l'après-midi. Il ne présentait pas de fièvre.

A la suite de cet accident, il est resté un mois, paraît-il, sans reconnaître personne et sans vouloir manger (on lui introduisait de force de la nourriture dans la bouche). Il avait une amnésie complète des faits les plus récents.

Depuis cette époque, il a eu plusieurs absences et plusieurs fugues. Il partait de chez lui sans savoir où il allait, et des personnes amies le ramenaient chez lui. Il ne se rappelait de rien de ce qu'il avait fait pendant ces fugues. Il ne se rappelait que des faits antérieurs à ces fugues.

Le 20 juillet dernier, le malade, qui habite Aix en Savoie, arrive à Paris, chez son frère, et il ne sait comment cela s'est fait. Il se rappelle seulement qu'à son arrivée à Paris, un voyageur complaisant, voyant son embarras, l'a conduit chez son frère, dont il se rappelait l'adresse. Mais il ne sait comment il a effectué ce voyage et quel jour il est parti. Il ne sait pas ce qu'il fit pendant le trajet.

Depuis son arrivée à Paris, il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Il ne sait pas ce qu'il a fait ce matin. Il ne se rappelle pas être venu hier ici à l'hôpital et m'avoir vu.

Il a l'air inquiet et a l'idée fixe de rentrer à Aix pour revoir sa femme et ses enfants. Il a peur qu'on le garde à la Salpêtrière. Il répond d'ailleurs très bien et sensément aux questions qu'on lui pose et qui ont rapport à des faits antérieurs à sa fugue, mais il ne peut donner de renseignements précis sur ce qu'il a fait depuis sa fugue. Il y a amnésie complète des faits récents.

Sensibilité un peu diminuée, ou plutôt retardée, des deux côtés.

Pas de signe d'Argyl-Robertson.

Pupille droite un peu plus dilatée que la gauche.

Pas de tremblement de la langue et des lèvres.

Pas d'accrocs dans la parole.

Réflexes rotuliens normaux. Réflexe pharyngien conservé.

Léger nystagmus.

Ouïe et odorat conservés.

Champ visuel légèrement rétréci des deux côtés. Diamètre 50.

L'écriture est bonne, non tremblée.

Légères secousses musculaires dans les membres, coïncidant avec froncement des sourcils de temps en temps.

Le malade nous raconte qu'il a perdu un procès l'année dernière, qu'il a été accusé faussement par des habitants du pays, que ces habitants veulent sa ruine et que ce sont eux qui sont cause de sa maladie. Par moments, il se les représente par l'imagination, il les voit même et souvent il a peur, et c'est peut-être pour se soustraire à eux qu'il est venu ici. Il se rappelle que souvent avant ses fugues, à Aix, il a eu ces mêmes peurs. Aussi, il ne veut plus habiter Aix, ces hommes sont trop méchants; il serait capable de se venger.

Nous tâchons d'endormir le malade par la fixité du regard ou par la compression des globes oculaires. Nous n'y parvenons pas.

Le 1er juillet, le malade revient nous voir.

Il ne se rappelle pas nous avoir vu l'autre jour.

Il a encore l'air inquiet.

Nous tâchons encore de l'endormir, nous n'y parvenons pas.

Traitement : 6 grammes de bromure de potassium. Douches brisées. Internement dans une Maison de Santé, car ce malade a tout à fait l'aspect d'un homme atteint du petit mal intellectuel avec l'apparence de la raison.

Nous n'avons eu aucun renseignement sur ce malade depuis ce jour.

M. J. VOISIN. — **Responsabilité des épileptiques.**

Nous sommes tous d'accord qu'un épileptique est responsable de ses actes dans l'intervalle de ses accès.

Mais quand, à quel moment, un malade atteint de grand mal ou de petit mal intellectuel devient-il responsable de ses actes?

C'est là une question de la plus haute importance au point de vue médico-légal.

Nous savons tous que, dans l'état de mal intellectuel, l'épileptique a les apparences de la raison. Il répond très bien aux questions qu'on lui pose et nous donne quelquefois des détails

circonstanciés très précis. Mais, si on reste très longtemps avec cet individu, si on le laisse se promener dans la cour sans attirer son attention, on verra bientôt qu'il délire, qu'il parle avec des êtres imaginaires et qu'il prend souvent les personnes qu'il voit passer à côté de lui pour des personnes qu'il a connues autrefois. Si on interpelle de nouveau ce malade à ce moment, il vous répondra très bien ou vous prendra pour une autre personne; puis, une fois abandonné à lui-même, il recommencera à délirer.

Vous ne vous apercevez donc de ce délire que si vous restez longtemps avec le malade et si vous ne l'interrogez pas et si vous n'avez pas l'air de l'observer.

Cet état de petit mal intellectuel peut durer dix, douze jours et même dix-neuf jours, comme je l'ai vu chez une de mes malades.

On comprend, dans ce cas, qu'un juge d'instruction puisse se tromper et recueillir des documents faux, puisque nous-mêmes, médecins, nous avons souvent des difficultés pour faire le diagnostic. Quand on connaît bien les habitudes des malades, quand on a vécu avec eux, on voit bien qu'ils sont malades.

Une femme, par exemple, qui a l'habitude de broder ne brodera plus, elle fera seulement du tricot, et si elle brode, son travail sera mal fait. Sa tenue est moins correcte. Si en même temps vous examinez sa langue, vous verrez qu'elle est saburrale, que son haleine est fétide; et si vous examinez ses urines, vous voyez qu'elles sont légèrement hypotoxiques.

Une fois le petit mal épileptique passé, le malade n'a aucun souvenir de ce qu'il a dit ou fait.

Aussi, si on n'a pas reconnu cet état de mal intellectuel, le malade peut-il être la cause involontaire d'une accusation, ou bien pourra-t-il être considéré comme un faux témoin et poursuivi comme tel.

Pour ces raisons, je crois qu'on ne saurait trop s'entourer de précautions quand on voudra avoir recours au témoignage d'un épileptique.

M. VERRIER. — De l'automatisme ambulatoire chez les hystériques.

Il résulte du rapport de M. Victor Parant, des travaux de M. le Dr Régis, de la thèse de M. Dubourdieu, inspirée par M. Régis, et des observations que je vais avoir l'honneur de communiquer au Congrès, que l'automatisme ambulatoire ou fugue peut se montrer dans trois états différents.

Ce résultat avait, du reste, déjà été prévu par M. Régis dans l'observation d'automatisme ambulatoire qu'il a communiquée à la Société de Médecine de Bordeaux, le 3 février 1893. Sa malade tenait à la fois de deux des états sur trois (l'aliénation et l'hystérie.)

Ces trois états sont l'aliénation mentale, l'épilepsie ou grand mal, et l'hystérie; auxquels on peut ajouter la neurasthénie, d'après M. le Dr Régis.

La thèse de M. Dubourdieu comprend quinze observations, c'est le travail le plus complet jusqu'ici sur la matière. Il résume ceux de MM. Tissié et Géhin, inspirés par M. le professeur Pitres.

Bien que le programme du Congrès ne porte que sur l'automatisme de nature comitiale, considéré comme impulsion irrésistible, j'exclurai pourtant les cas d'épilepsie de la thèse de Dubourdieu, pour ne garder que ceux qui se rapportent à l'hystérie, en raison des observations que je vais avoir l'honneur de soumettre au Congrès. *A fortiori,* exclurai-je également tout ce qui a rapport à l'aliénation mentale.

Cette étude de l'automatisme en général aurait même pu comprendre les alcooliques, car ceux-ci font aussi des fugues.

J'ai également observé un cas de fugue chez un malade que tout désignait comme un simple neurasthénique, mais que les événements ultérieurs ont démontré être un paralytique général au début.

L'étude que nous allons résumer rapidement prouvera que les fugues, chez les hystériques, sont inconscientes, tandis que chez les aliénés, la conscience persiste, au point que le malade peut devenir simulateur (Marie et Frièse). Ces derniers conserveront aussi le souvenir de leurs fugues, tandis que l'amnésie

est le propre des hystériques, sauf, mais pas toujours sous l'influence de la suggestion hypnotique, comme nous le verrons plus loin. C'est encore jusqu'ici le meilleur signe de distinction entre les deux automatismes. Chez tous les aliénés, c'est plutôt de *l'ambulomanie* que de l'automatisme ambulatoire.

Quant aux fugues des épileptiques, ce sont des fugues impulsives, absolument semblables à ces actes violents auxquels se livrent parfois les épileptiques au sortir du coma qui suit leurs attaques.

Pourtant, dans l'épilepsie larvée, on retrouve des fugues qui ont toutes les allures de l'automatisme ambulatoire hystérique. Le Dr Géhin a fait ressortir l'inconscience absolue des épileptiques sujets à des fugues, et la perte totale du souvenir de leur déambulation, que ne saurait réveiller la suggestion, car ces malades ne sont pas hypnotisables, à moins qu'ils ne participent des deux névroses.

Quelquefois, pourtant, l'amnésie est incomplète; elle est traversée par des lueurs vagues, comme dans l'observation de Charcot rapportée dans les *Leçons du Mardi,* 1889. Le sujet de cette observation, qui paraissait tenir un peu des deux névroses, avait donné lieu à un certificat d'identité et de sûreté personnelle par l'illustre professeur de la Salpêtrière; certificat qui, du reste, ne l'a pas empêché d'être arrêté. On retrouve quelquefois chez ces comitiaux un signe que l'on rencontre souvent chez les hystériques, c'est, en dehors de toute crise, l'action de *pisser au lit* (Duponchel, *Ann. d'Hygiène. publ. et de Médecine légale*, juillet 1888). Duponchel, dans le même travail *(Étude clinique et médicale des impulsions morbides et de la déambulation observées chez des militaires)*, note le cas d'un sieur Achille L... qui présentait divers stigmates de l'hystérie et était sujet à rêver d'animaux, comme le sont beaucoup d'hystériques. Ce sujet était donc manifestement hystéro-épileptique. A ce titre, la lecture de son observation est intéressante, j'y renvoie le lecteur, et avant d'arriver à l'automatisme ambulatoire, but principal de ce travail, je demande au Congrès la permission de faire encore quelques réflexions sur l'automatisme dans la neurasthénie.

L'honorable et savant aliéniste, le Dr E. Régis, sépare les neurasthéniques en deux classes : *a*) les neurasthéniques

ordinaires qui ne sont aucunement sujets à des fugues; *b*) les neurasthéniques dégénérés.

Or, il me semble qu'étant donnée la dégénérescence chez un malade, celui-ci doit figurer avec les aliénés et non rester avec les neurasthéniques ordinaires.

La marche de la maladie, la céphalée et presque tous les symptômes diffèrent assez pour justifier cette séparation. Les stigmates de la dégénérescence physique sont là d'ailleurs pour justifier mon exclusion, et le trouble de leurs fonctions physiologiques dénote la plupart du temps des impulsifs au plus haut degré.

Aussi, M. Régis lui-même a-t-il cru devoir leur imposer le nom, retenu par Dubourdieu dans sa thèse, de *dromomanes*, la dromomanie n'étant qu'une monomanie analogue à la dipsomanie, à la kleptomanie, à la pyromanie, etc.

Cependant, Delasiauve et après lui Dagonet ont vu, dans certains cas de neurasthénie larvée, des pseudo-monomanes plutôt que des monomanes impulsifs.

A ce titre, nous devons tenir quelque compte de ces malades dont les fugues peuvent se rapprocher de l'automatisme ambulatoire hystérique.

Tissié, dans sa thèse, faite sous l'inspiration du savant professeur Pitres, admet cinq types bien définis de fugues. Nous ne retiendrons que la dernière, la fugue des *captivés* qui répond point pour point à notre fugue hystérique.

Dans ses *Leçons du Mardi,* 1889, Charcot et après lui Benedickt (de Vienne) (*Ann. d'Hygiène,* 1890) se sont efforcés d'établir un état d'hystéro-neurasthénie pour les misérables, les loqueteux, les vagabonds comme étaient les malades envisagés par le Dr Meige, dans son travail sur le *Juif errant,* représenté par un juif vagabond considéré par notre regretté maître comme un véritable névropathe qui aurait pu servir de type à tous les hystéro-neurasthéniques (1).

Quelques-uns de ces malheureux, sans domicile fixe et errant de pays en pays, pourraient être considérés comme des hystériques simples, les autres ne sont absolument que des

(1) Dr Pitres. — *Journal de Méd. de Bordeaux,* 1894, p. 89.
Dr Géhin. — Th. de Bordeaux, 1892-93.
Dr Meige. — Le *Juif errant à la Salpêtrière,* 1893.

dégénérés, mais tous relèvent, ajoute M. Meige, de la pathologie nerveuse, comme l'avait indiqué Charcot.

Meige rappelle encore qu'on peut rencontrer l'automatisme ambulatoire dans le somnambulisme, mais le somnambulisme lui-même n'est-il pas un symptôme de l'hystérie? Seulement, cet auteur dit que, chez les somnambules, « l'attitude des malades, leur démarche, les chemins bizarres qu'ils prennent, la courte durée de leur promenade sans but défini, les séparent suffisamment de la masse des vagabonds ambulateurs pour qu'il n'y ait pas confusion ».

Pourtant, chez les hystériques purs comme nous en rapportons plus loin des exemples, la durée de la promenade est beaucoup plus longue (12 jours et plus); chez les épileptiques et neurasthéniques, elle peut être de plusieurs mois, et tandis que chez les dégénérés dits neurasthéniques l'état de crise est un phénomème conscient, chez l'hystérique il est insconscient ou subconscient d'après le degré ou l'ancienneté de la névrose.

Chez ces derniers encore il existe des prodromes dénonciateurs, qui font défaut la plupart du temps chez les hystériques. Les rêves, s'il en existe, leur représentent l'idée fixe d'un voyage bien déterminé. Rien de pareil chez l'hystérique; mais chez les uns comme chez les autres on retrouve de l'hérédité et chez les dégénérés la précocité des fugues. M. Dubourdieu rapporte, à ce sujet, une observation personnelle et jusque-là inédite, relative à un enfant de dix ans et demi. Cet enfant était en proie à des cauchemars nocturnes; il était voleur, conscient de ses méfaits, qu'il accomplissait avec adresse et malice; bref, c'était un dégénéré porteur des stigmates de son état et pour lequel les bains salés n'ont été, au début du moins, qu'une cause d'excitation (1).

Enfin, nous arrivons à l'hystérie.

C'est à M. Tissié que revient l'honneur d'avoir séparé l'hystérie de l'épilepsie larvée, à propos d'un malade du service de M. Pitres qui, atteint d'incontinence nocturne, fut reconnu plus tard comme un hystérique.

Il était hypnotisable et pendant l'hypnose il recouvrait la mémoire des faits qui s'étaient accomplis pendant ses fugues,

(1) Dr Dubourdieu. — *Contrib. à l'étude de l'automatisme ambulatoire; de la dromomanie des dégénérés,* th. de Bordeaux, 1894.

comme un des malades dont je vais rapporter l'histoire curieuse.

C'est à la suite de cette observation, courante aujourd'hui chez les hystériques comme j'espère le démontrer tout à l'heure, que M. Tissié a créé les *captivés,* d'après l'idée de la fugue qui, pour lui, devait éclore pendant le rêve.

Quoi qu'il en soit, le nom d'*automatisme ambulatoire,* donné par Charcot à cette maladie, a prévalu dans la science et il est d'observation courante que chez les hystériques une méthode d'action, une coordination dans les actes et même, étant admis le dédoublement de la personnalité, une logique remarquable à suivre leurs perceptions, sont la règle. Ils ressemblent à s'y méprendre, ces malades, à une personne normale et correcte; ils sont susceptibles d'entreprendre et de mener à bien plusieurs espèces de travaux, pour lesquels ils n'étaient point faits, pendant leur accès d'automatisme.

Ils conservent généralement, comme nous l'avons déjà dit, la possibilité de rappeler par le sommeil hypnotique le souvenir des actes accomplis pendant la fugue et, comme preuve évidente nouvelle de leur dédoublement de personne, on peut leur faire accomplir la révélation des faits frappés d'amnésie par le procédé de l'écriture automatique.

Rien de tout cela n'existe pour les autres malades sujets à des fugues. « Chez l'hystérique seul, la locomotion s'impose consciemment; seule, son exécution n'est que subconsciente, mais subconsciente à un plus haut degré que chez l'épileptique. » (Dr Géhin.)

Je vois bien M. Charpentier protester, *in petto,* contre ces expressions plus psychologiques que cliniques, mais il me permettra de lui dire qu'outre les phénomènes que nous venons de rapporter, on retrouve aussi chez l'hystérique ambulateur — et ici c'est la clinique qui parle — le clou hystérique, le rétrécissement concentrique permanent du champ visuel, l'anesthésie pharyngienne, les hyperesthésies ou anesthésies diverses, les zones hystérogènes, etc., etc. Et si l'on ajoute à cela que l'amnésie commune à l'épilepsie et à l'hystérie peut, dans cette dernière névrose seule, être dissipée par la suggestion hypnotique toutes les fois du moins que celle-ci est possible, on aura un tableau assez complet du diagnostic différentiel

entre l'automatisme ambulatoire hystérique et toutes les fugues relevant des autres névroses.

Le temps ne me permet pas d'entrer dans le détail des quatre observations d'automatisme ambulatoire hystérique rapportées par M. Dubourdieu, je vous renvoie à l'examen de sa thèse (p. 35 et suivantes). Vous y retrouverez une observation de M. Le Dantec, dont le sujet porte des stigmates de dégénérescence et pourrait aussi bien figurer avec les neurasthéniques dégénérés. Vous trouverez aussi la remarquable observation de M. Régis (p. 37), dont la malade avait une fille internée comme folle et qui était sujette elle-même à la reviviscence hypnotique de ses fugues. Une autre de M. Tissié, rapportée par Géhin, dans laquelle l'hérédité joue un rôle important; sujet masturbateur et facilement hypnotisable. Enfin, une dernière observation empruntée au Dr J. Voisin, dans laquelle on a affaire à un homme de trente-deux ans, hystérique et cataleptique.

Pour nous, il nous a été donné de recueillir quelques observations, tant à la Clinique de M. le professeur Raymond, à la Salpêtrière, qu'à celle de M. Gilles de la Tourette, à Cochin.

C'est le résumé de ces observations, qui ont fait le sujet des savantes leçons de ces maîtres et sont encore inédites, que je vais communiquer au Congrès et en tirer les conclusions qui en découlent, au point de vue médico-légal, suivant les termes de la question posée au Congrès.

Obs. I. — *Automatisme ambulatoire hystérique.*

Il s'agit d'un homme de trente ans, caissier dans une administration, à Nancy. Il ne présente aucune espèce d'affection apparente.

Antécédents. — Rien du côté des grands-parents. Son père est mort à soixante-onze ans, porteur d'une hernie et ayant souffert d'un rhumatisme articulaire. Il était somnambule et se levait la nuit pour faire son ouvrage de bureau en dormant. Sa mère vit encore, elle a un goître et est d'une intelligence médiocre. Il a un frère détraqué et alcoolique et un autre qui a eu du somnambulisme naturel comme son père; une de ses sœurs est tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Né à terme, accouchement normal, était petit, a beaucoup grandi vers quinze ans, apprenait bien. Placé chez un huissier, il est accusé injustement de vol, d'où une grande colère, il déchire les actes qu'il a sous la main et quitte l'étude de son patron. Il a donc un caractère émotif.

Il habitait Nancy au moment de la guerre de 1871, il avait alors

seize ans. Il s'imagine que les gendarmes allemands vont venir le prendre pour l'incorporer à leur armée, s'enfuit à Paris et de là à Bordeaux, d'où il s'embarque pour Buenos-Ayres. Rapatrié quelque temps après, il revient à Paris, part au Gabon avec M. de Brazza, rend des services, devient chef de poste au Congo français, mais il attrape la gale et des accès de fièvre paludéenne. Il s'évanouissait souvent, avait de fréquentes céphalées, il lui fallait prendre la position horizontale.

Il demande son retour en France, où il ressentit encore ses accès pendant six mois. Une fois guéri, il se marie; il avait alors vingt-quatre ans. Sa femme meurt au bout de six mois; désespéré, il veut s'engager. Cependant il se calme et, après quatre ans de veuvage, il se remarie, à vingt-huit ans.

Employé comptable dans une grande administration, il est très estimé de ses supérieurs. Sa femme devint bientôt enceinte. En dehors de son traitement, il se faisait encore des ressources très licites. Bref, il était très heureux et rien ne justifie ce qui lui est arrivé.

Entre temps, il réunissait des notes sur le Congo, en vue d'une publication ultérieure.

Cela a-t-il pu constituer un surmenage intellectuel? Quoi qu'il en soit, depuis quelque temps son état émotif avait augmenté, il s'évanouissait comme au Gabon; il était devenu distrait. Le 3 février 1875, pendant un voyage de sa femme, il alla au café avec quelques amis, les accompagna à la gare, revint au café, joua au billard, invita son garçon de bureau, au moment de partir, à prendre un bock et le retint pour dîner à six heures.

Après avoir réglé sa consommation, il partait, lorsque le maître de l'établissement lui offrit un vermouth, qu'il accepta par complaisance, et il s'en fut. Il avait bu quatre bocks, un café et un vermouth. C'était peu pour un viveur, c'était peut-être beaucoup pour lui qui était très sobre.

De tout cela, il se souvient parfaitement. Il se rappelle aussi qu'il s'était engagé sur le pont Stanislas pour rentrer chez lui, mais là il se sentit la tête serrée, vit comme un brouillard devant ses yeux et perdit tout à fait connaissance.

A partir de ce moment il ne se souvient plus de rien..... La nuit complète se fit dans son esprit.

Lorsqu'il revint à lui, il se réveilla dans un ruisseau, les vêtements couverts de neige et de boue, ne sachant pas où il était. Il se fouille, il avait encore quelques sous dans sa poche. Il faisait nuit et apercevant de loin une lumière, il se dirigea de ce côté, arriva à des rails de chemin de fer qu'il suivit, finit par rencontrer une gare, s'informa de l'heure et du lieu où il se trouvait. Il était onze heures du soir et il était à Bruxelles. Un journal qu'il acheta lui apprit qu'il était le mardi 12 février. Il avait perdu la conscience de ses actes le 3 du même mois; il avait donc marché depuis neuf jours et quatre heures et, parti de Nancy, il se retrouvait près de Bruxelles couché dans un fossé!!!

M. le professeur Raymond nous fit, au sujet de ce curieux malade, une fort belle leçon qui sera certainement publiée. Je ne veux ici vous présenter qu'un résumé de l'observation, et je me garderais bien de déflorer le travail de mon excellent maître. Pourtant je retiendrai de cette leçon si pleine d'érudition que M. Raymond admet, pour constituer l'automatisme ambulatoire, trois éléments indispensables :

1° L'impulsion irrésistible de l'acte ;

2° L'accomplissement intelligent de cet acte ;

3° L'oubli complet de la période passée de l'acte.

Or, il existe des états analogues dans l'épilepsie et dans d'autres névroses. Qu'est-ce qui distinguera donc l'automatisme ambulatoire hystérique?

La suite de l'observation va répondre à cette question.

De retour à Nancy, notre malade est examiné par M. le Dr Thomas, son médecin ordinaire. Il ne présente ni signes ni stigmates hystériques. Il n'est pas épileptique. Le médecin de son administration, d'accord avec M. Thomas, envoie le malade à la Clinique des maladies nerveuses, à la Salpêtrière.

Voulant savoir si, malgré l'absence de stigmates, X... ne serait pas hystérique, M. le professeur Raymond lui propose de le soumettre à l'hypnotisme, espérant ainsi que pendant son sommeil le malade lui révélerait les motifs et les faits accomplis pendant sa fugue. Mais X... avait horreur de l'hypnose et la première tentative avorta.

Cependant, ce malade avait la nuit des cauchemars, pendant lesquels il répétait souvent : « Bon, c'est entendu. » Il y avait là, en dormant, comme un dédoublement de la personnalité.

Il resta ainsi huit jours dans le service, étroitement surveillé et, presque chaque nuit, il répétait la même phrase : « Bon, c'est entendu. » A la fin, il se calma et finit lui-même par demander à être endormi.

Mais il était guéri de son état somnambulique et on ne réussit pas à l'endormir. Il n'était plus hypnotisable, s'il le fut jamais. Ce fait se représente assez souvent, que des malades sont hypnotisables en puissance de maladie et ne le sont plus une fois guéris.

Néanmoins, une circonstance fortuite lui rendit sa première personnalité ; car, s'il était guéri de son somnambulisme pathologique, il n'avait point encore repris son état premier.

Il faut savoir qu'il avait été accusé précédemment d'un crime contre les lois sociales, crime qu'il n'avait pas commis. Un jour de sortie de l'hospice, il rencontra son frère qui lui assura que lui et toute sa famille le tenaient pour absolument innocent de ce crime imaginaire. Cela le délivra de son idée fixe et il revint à apprécier sainement sa situation. Une lettre qui, par hasard, tomba de sa poche le rendit un moment stu-

péfait! Ce fut un trait de lumière, une suggestion; mieux que n'aurait pu le faire le sommeil hypnotique, il se rappela alors, reprit sa personnalité première et, de retour à la Salpêtrière, sous la suggestion de ce simple papier tombé par mégarde de sa poche, il compléta ainsi l'histoire de sa fugue :

« Ce papier, dit-il, est une lettre de recommandation pour le directeur d'un Asile qui m'a été donnée à Bruxelles, par une dame charitable touchée de mon infortune, voici dans quelles circonstances. »

Je veux abréger le récit de cet intéressant malade pour ne pas abuser de vos précieux instants, d'autant plus que j'ai encore d'autres observations à vous lire. Je parlerai donc à la troisième personne :

Après avoir quitté le café, comme nous l'avons vu plus haut, notre malade, un peu plus excité que d'habitude, rencontra sur le pont Stanislas une dame en deuil, qui pleurait...; il s'informa, compâtit aux malheurs vrais ou imaginaires de cette dame et rentra chez lui prendre quelque argent. Il retrouva la dame un instant après, au même endroit, la mena dîner dans un restaurant, oubliant qu'il avait invité son garçon de bureau chez lui, et, après une promenade sentimentale, emmena la dame en question dans un hôtel de la ville où il passa la nuit avec elle.

Le lendemain, il ne se réveilla qu'après l'heure d'ouverture de son bureau. Effrayé de voir près de lui une femme qui n'était pas la sienne et, ne reconnaissant pas la chambre de l'hôtel où il avait couché, l'idée fixe de l'accusation d'immoralité qui le hantait lui revint à l'esprit; il s'habilla à la hâte, régla la dépense et, perdant la tête, il s'enfuit... Comme l'heure de son bureau était passée, il erra par la ville et la banlieue et finalement se trouvant à proximité de la première station du chemin de fer, hors ville, il prit un billet pour Pagny-sur-Moselle.

Arrivé là, il songea bien à retourner à Nancy, mais poursuivi par son idée fixe, dominé par la crainte, il repart pour le Luxembourg, va à Arlon, déjeune, veut encore retourner à Nancy, écrire à sa femme qui était à Paris, mais toujours dominé par l'accusation dont il se croit l'objet et par l'absence de son bureau sans congé régulier, il repart pour Bruxelles.

Là, il descend d'abord dans un grand hôtel, il voit avec terreur que l'argent qu'il avait emporté s'épuise. Il change d'hôtel, et d'hôtel en hôtel, il arrive à loger dans un bouge à trente centimes la nuit.

Mais bientôt il n'a plus le sou; il travaille alors à tous les métiers; commissionnaire, décrotteur, etc... C'est alors que la maîtresse de l'hôtel, remarquant son allure bizarre et touchée d'ailleurs de compassion, lui donna cette lettre de recommandation qui lui avait fait recouvrer la mémoire avec sa personnalité première. « Bon, c'est entendu, lui dit-il, en la remerciant, j'irai. »

Néanmoins, au lieu d'aller frapper à la porte de l'Asile, il voulut s'engager pour partir aux Indes; à cet effet, il écrivit ses adieux à sa femme légitime. Heureusement, il était parti de Nancy sans papiers, il ne put s'engager. Il partit alors à pied de Bruxelles avec la résolution d'en finir avec la vie.....

Arrivé à trois kilomètres de Bruxelles, fatigué, épuisé par le manque de nourriture et peut-être par la maladie, il s'étendit dans un fossé plein de neige pour y attendre la mort.

C'est là où nous l'avons retrouvé à onze heures du soir. Le froid, sans doute, la réflexion ensuite, lui auront rendu le sentiment de son existence et vous savez comment il est revenu à Bruxelles. Là, il courut chez un de nos confrères, et comme les médecins sont toujours prêts à soulager l'infortune, celui-ci le conduisit au chemin de fer et lui prit son billet pour Nancy, d'où il fut adressé à la Salpêtrière.

Telle est l'observation; maintenant, qui de nous oserait dire que ce n'est point là un hystérique, bien qu'il ne présente aucun des stigmates de cette névrose et qu'il ne soit pas hypnotisable?

Il n'est assurément ni un épileptique ni un dégénéré, au moins dans les actes de sa vie première. Ce n'est pas non plus un neurasthénique. Il n'a jamais ressenti de céphalée d'aucune sorte. Peut-être est-il ce que M. le Dr Pierre Janet a qualifié de l'expression imagée de *psychasthénique.*

Quoi qu'il en soit, et jusqu'à ce que nos savants maîtres, éclairés sur cet état, aient prononcé à son sujet, nous tiendrons ce malade pour un hystérique.

Son hérédité très chargée, dans laquelle le somnambulisme tient une grande place, nous y autorise suffisamment et, au besoin, la loi établie par Charcot de la coexistence des névroses et des psychoses nous donnerait raison.

En fin de compte, notre malade est parti reprendre son service à Nancy, en parfaite santé.

Obs. II. — Les journaux politiques ont fait naguère grand bruit autour d'une leçon de M. Gilles de la Tourette, à propos de deux saltimbanques hystériques dont l'un présentait de véritables fugues [1].

Nous avons eu l'avantage d'assister à cette leçon et d'examiner ces malades.

Le premier des deux présente seul de l'intérêt pour nous, et voici en quelques mots son histoire :

Il est âgé de vingt ans. Son hérédité est très chargée. Sa mère est hystérique. Son frère somnambule nocturne (forme larvée d'hystérie). D'après M. Gilles de la Tourette, rien n'est moins naturel que le somnambulisme; d'ailleurs, ce malade a eu des accidents psychiques.

Comme antécédents personnels, on trouve rougeole, fièvre typhoïde et syphilis.

[1] Voir l'*Éclair*, n° du dimanche 19 mai 1895 : *les Saltimbanques hystériques de Cochin.*

Il était encore à Saint-Louis le 1er avril, pour une ulcération de la jambe gauche, prise en ville pour un accident tertiaire. Mais M. Fournier, sans se prononcer définitivement, ne donnait pas à cette ulcération une origine spécifique. M. Gilles de la Tourette qui eut l'occasion de voir ce malade à Saint-Louis et qui le trouvait intéressant, le demanda dans son service de nerveux à l'hôpital Cochin et l'obtint. C'est ainsi qu'il nous a été donné de le voir.

Interrogé et examiné de près, on apprend que cette ulcération a débuté par un bouton, que le malade s'était gratté et qu'en huit jours il était survenu un ulcère plus large que la main. Or, M. Gilles de la Tourette fait remarquer, avec raison, que ce n'est pas là la marche d'une syphilide, bien que le sujet fût manifestement syphilitique.

Le pourtour du bouton, d'ailleurs, était œdémateux et il y avait une anesthésie complète au niveau de la plaie, ainsi que trois autres éruptions dans son voisinage.

De plus, M. Gilles de la Tourette avait constaté un rétrécissement du champ visuel; c'était donc bien un hystérique, et alors sa plaie n'est plus qu'une gangrène cutanée d'origine nerveuse.

Cette opinion fut partagée par M. le professeur Fournier.

Quant au malade qui se croyait bien syphilitique et qui, en sa qualité d'hystérique, était suggestionnable, on lui donna deux pilules de *fulminate* (*mica panis* ou autre substance inoffensive) et iodure de potassium (qui n'était que du chlorure de sodium). C'était assez pour agir par suggestion.

Mais on lui appliqua sur la plaie un verre de montre protecteur.

Avec ces moyens plus qu'anodins, l'ulcération guérit en huit jours. Elle n'était donc pas syphilitique. Le malade, aujourd'hui, en est convaincu.

Mais, sorti de l'hôpital, ce malade fit quelques excès. Les démangeaisons reparurent au niveau de l'ancienne plaie. Il se gratta encore, l'ulcère se rouvrit. Il vint consulter.

Examiné de nouveau, on trouva la persistance des stigmates de l'hystérie, le rétrécissement du champ visuel, l'abolition de l'odorat et du goût (il ne sentait plus l'amertume du sulfate de quinine). Il mangeait impunément de l'étoupe enflammée dans les foires, bref son état mental était touché.

On constata même un stigmate nouveau que l'on appelle *dermographique*. C'est à dire que l'on peut écrire un nom sur la poitrine du malade. Ce nom paraît en caractères rouges, sur un fond œdématié et il persiste quatre à cinq minutes, puis il disparaît.

M. Gilles de la Tourette attache à ce stigmate une importance capitale.

C'est qu'en effet, de même qu'il y a chez les hystériques une diathèse de contracture, de même il y a aussi une diathèse vaso-motrice que le jeune agrégé appelle *trouble vaso-moteur*.

C'est ainsi que le professeur Renaut (de Lyon) a décrit un urticaire gangréneux qui représente assez bien le stigmate des possédées du moyen âge ou des mystiques de nos jours.

C'est une sorte de gangrène hystérique superficielle sur de l'œdème, ayant l'aspect des trois éruptions périrotuliennes que nous avons pu voir sur le malade en examen. Cette gangrène, entourée d'une zone œdémateuse dont nous avons parlé, est, pour M. Gilles de la Tourette, pathognomonique de l'ulcère hystérique.

Ces sortes d'ulcères laissent après leur guérison une cicatrice indélébile [1], comme certaine femme citée par M. Gilles de la Tourette qui perdit son mamelon après la guérison d'un ulcère hystérique du sein.

Je sais que plusieurs médecins n'admettent pas cette sorte d'ulcération ou qu'ils invoquent la simulation. Ces faits aujourd'hui sont trop connus pour donner lieu à discussion.

Ces gangrènes, d'ailleurs, guérissent par la suggestion, elles sont donc bien hystériques. Il est vrai qu'elles se reproduisent facilement; chez ces malades, les troubles vaso-moteurs sont fréquents, mais jusqu'ici ils ont été mal observés.

Chez notre malade, le tour du verre de montre protecteur, après son enlèvement, laisse un sillon profond sur un fond œdémateux qui menace de se gangrener rapidement.

Quant aux troubles psychiques que présentait ce malade, ils ont commencé par des étourdissements au moment de sa fièvre typhoïde, et quand est survenue la syphilis, le malade s'est totalement détraqué. Il a fait tous les métiers imaginables, sans se fixer dans aucun. Très épris de sa liberté, vagabond comme le Juif errant, comme le dit le journal *L'Eclair*, il a obéi à la voix intérieure qui lui commandait de marcher, il a fini par trouver sa voie sur les grandes routes, « chez les nomades. »

D'atelier en atelier, de maison en maison, de patron à patron, c'était toujours des fugues qu'il accomplissait, des impulsions irrésistibles, jusqu'à ce qu'enfin il fut attaché à un cirque forain en qualité de pître.

Dans toutes ces fugues, il se souvenait et n'avait pas besoin de la suggestion pour raconter son histoire. Il était donc plutôt impulsif qu'ambulateur. Je n'entrerai pas dans le détail de ses divers avatars; qu'il me suffise de faire constater, qu'éminemment suggestionnable, ce malade accomplissait néanmoins ses fugues en conservant le sentiment de sa personnalité. Mais il était bien hystérique et par conséquent irresponsable au point de vue médico-légal.

De pître, l'ambition le prend, il chercha à devenir premier sujet et, comme son pharynx était anesthésié, il mangeait de l'étoupe enflammée en public.

Trompé dans son ambition de forain, étreint par la misère, il rentre chez sa mère, qui le reçoit et lui pardonne.

Quinze jours après, repris de son humeur vagabonde, il repart, se fait couvreur; mais, à l'encontre des somnambules nocturnes, il tombe de

[1] Gilles de la Tourette :

Kaposi. — *Traité des maladies de la peau* (trad. Doyon), 2e édition, *Urticaire hystérique gangréneux.*

Athanasio. — Thèse.

Seiger. — *Comptes rendus du Congrès de Londres.*

cinq mètres de hauteur et vient s'échouer à l'hôpital pour contusions multiples. N'était-ce pas là un véritable vagabondage ambulatoire, tel que le décrit Foville?

Le sujet, connu dans la science, auquel on a appliqué le nom de *Juif errant*, était un névropathe, un vagabond ambulateur, mais non pas un hystérique.

J'ai vu, quand j'étais médecin de l'Asile Picpus, à Paris, un paralytique général qui, avant d'entrer à l'Asile, avait ainsi brusquement quitté ses affaires, sa femme et sa famille, et qu'on avait retrouvé à Brie-Comte-Robert, sans qu'il se souvînt de rien. Mais celui-là était au début d'une méningo-encéphalite diffuse, qui, du reste, l'a mené là où il ne pouvait plus voyager.

Notre malade, au contraire, n'est point un fou, bien que l'état mental soit touché, c'est plutôt un impulsif psychasthénique ou un simple hystérique avec anesthésie cutanée.

D'ailleurs, les impulsifs sont loin de se rencontrer seulement chez les épileptiques, mais on les trouve aussi chez les hystériques, comme le prouve l'observation que je viens de lire.

Dans le premier cas, s'ils sont irresponsables, dans le second, leur responsabilité est limitée.

J'ai parlé, dans le cours de ce travail, de la coexistence possible de deux névroses ou d'une névrose et d'un état psychique sur le même sujet.

Voici un cas dans lequel on retrouve l'hystérie chez une fille manifestement épileptique. C'est dans des cas analogues que le diagnostic est particulièrement délicat. Quant à l'irresponsabilité légale, elle ne fait de doute pour personne.

Obs. III. — Le 17 mai 1895, M. Raymond présente à sa Clinique une fille de quinze ans, manifestement épileptique depuis l'âge de sa formation (dix ans). Elle est tombée dans le feu étant en état de crise. Elle a été horriblement brûlée, sa figure est couturée de cicatrices. L'auriculaire de la main gauche, carbonisé, fut enlevé par le Dr Berger à Lariboisière, et une restauration plastique, pratiquée par cet habile chirurgien, rendit à la main sa souplesse et une certaine agilité. Elle avait alors dix à douze accès par jour.

Le mal comitial fut combattu avec succès par le bromure de potassium à hautes doses et aujourd'hui elle n'a plus guère qu'un accès tous les mois.

Mais elle a des fugues qui sont survenues et un délire qui succède à ses attaques.

Elle perd le souvenir ce qui se passe pendant ses fugues et son délire, et ne le retrouve qu'au mois suivant, pendant ou à la suite de sa crise.

Est-ce là du somnambulisme épileptique? De l'automatisme ambulatoire se rattachant à la grande névrose? Ne faut-il pas plutôt y voir un

phénomène hystérique, puisqu'il y a chez cette malade dédoublement de la personnalité ?

Les fugues ne se sont montrées qu'alors que l'épilepsie était en décroissance, et que l'hystérie concomitante prenait le dessus dans l'état de la malade.

Aussi, rangerai-je cette malade, tout en lui accordant le bénéfice de l'irresponsabilité de ses actes, parmi les automatismes ambulatoires de nature hystérique.

Pour conclure, je crois qu'il serait important de séparer les impulsions dans les divers états pathologiques.

Tout d'abord nous pouvons écarter l'aliénation et la dromomanie comme ne pouvant pas faire de doute dans la question d'irresponsabilité légale. Resteraient deux névroses, l'épilepsie et l'hystérie, qui, si nous ne nous en rapportions qu'à l'automatisme ambulatoire, pourraient présenter quelque analogie.

Mais l'épilepsie a ses signes particuliers, ses impulsions variées, parmi lesquelles l'automatisme ambulatoire ne joue qu'un rôle secondaire, ses actes délictueux ou criminels, qui, outre l'affirmation du diagnostic, permettent au médecin légiste d'apprécier par le détail des observations, si le sujet possède la libre direction de ses actes, ou si, étant donnée une impulsion irrésistible quelconque, la volonté étant abolie, l'irresponsabilité s'imposerait.

En dehors de ces cas, s'il n'y a pas coexistence d'aliénation mentale, l'épileptique ordinaire est responsable de ses actes, mais avec le bénéfice de circonstances atténuantes.

Mais il y a des épilepsies larvées, des actions équivalentes aux crises comitiales et, enfin, des mélanges d'épilepsie et d'hystérie, comme nous en avons rapporté un exemple.

Outre la difficulté du diagnostic, quelle application médico-légale pourra-t-il surgir de l'examen des faits incriminés?

En d'autres termes, faudra-t-il séquestrer un individu hystérique ou épileptique qui aurait commis un crime ou un délit sous l'empire d'une impulsion irrésistible?

La réponse affirmative paraît s'imposer, du moins pour l'épileptique qui peut être enclin à de nouvelles impulsions.

Quant à l'hystérique, comme ses actes sont rarement à craindre pour la société, qu'ils se bornent le plus souvent à des fugues, à de la kleptomanie, quelquefois pourtant allant jusqu'au suicide, je crois que le placement dans une maison

ouverte, avec une surveillance permanente, suffirait pour ce malade.

Mais si on interne l'épileptique, combien de temps devra durer la séquestration? C'est une question que le rapport de M. Victor Parant résout avec beaucoup de prudence et de sagacité (p. 139, 140 et 141 de son mémoire), et pour laquelle je ne puis mieux faire que de me ranger avec lui, étant donnée d'ailleurs son expérience sur ce sujet.

M. CH. VALLON. — **Actes des épileptiques; de l'importance prépondérante des caractères de l'acte incriminé dans l'appréciation de la responsabilité des épileptiques.**

Dans ces dernières années, j'ai été appelé, en qualité d'expert près les tribunaux, à examiner un certain nombre d'épileptiques qui s'étaient rendus coupables de crimes ou de délits. Un fait m'a beaucoup frappé, c'est la rareté des cas dans lesquels il y avait réellement relation de cause à effet entre la névrose existante et l'acte incriminé; des cas, en un mot, où il s'agissait de véritables impulsions irrésistibles.

Quand un épileptique a maille à partir avec la justice, il manque rarement d'invoquer comme excuse du crime ou du délit qu'il a commis la maladie dont il est atteint. Il sait par expérience que, pendant ses crises, il perd plus ou moins complètement la conscience de ses propres actes et de ce qui se passe autour de lui; aussi, quand on l'interroge sur les faits qui lui sont reprochés, a-t-il soin de dire qu'il n'en a gardé aucun souvenir; il simule une amnésie complète. Comment établir, dans ces circonstances, si l'inculpé ment ou si, au contraire, il dit la vérité; s'il était conscient ou inconscient, libre ou dominé par une force étrangère au temps de l'acte? A mon avis, il n'existe qu'un moyen de résoudre la question, mais il est excellent; il consiste à étudier l'acte incriminé en lui-même, dans les circonstances qui l'ont précédé, accompagné et suivi, et à voir s'il présente ou non les caractères de l'impulsion épileptique.

Les impulsions comitiales peuvent, en somme, se caractériser ainsi : ce sont des actes essentiellement automatiques et involontaires, brusques, soudains, irréfléchis, accomplis sans

motif, dont leur auteur n'a que peu ou pas conscience et dont il ne lui reste aucun souvenir ou qu'un souvenir confus.

C'est en examinant si le fait délictueux ou criminel reproché à un épileptique présente cet ensemble de caractères qu'on peut dire s'il relève bien de la névrose existante ou si, au contraire, il en est indépendant.

Personne, que je sache, n'ose plus prétendre aujourd'hui que la seule constatation de l'épilepsie chez un inculpé doit suffire à faire conclure à son irresponsabilité; si, en effet, la liberté morale est totalement suspendue pendant les accès comitiaux, il n'en est pas de même dans les périodes intermédiaires. Sans doute, certains épileptiques, sujets depuis longtemps à des crises revenant à intervalles très rapprochés, ont les facultés intellectuelles constamment plus ou moins obnubilées; mais il en est d'autres, au contraire, qui, rarement frappés, sont, dans l'intervalle de leurs crises, parfaitement capables d'actes réfléchis, accomplis en toute connaissance de cause. C'est pour les épileptiques de cette dernière catégorie, de beaucoup la plus nombreuse, que l'examen des caractères de l'acte incriminé prend une importance capitale. En dehors de l'acte, pour l'appréciation de la responsabilité, je ne vois rien de précis, rien de probant.

Se basera-t-on, pour se faire une opinion, sur ce fait que l'acte incriminé a été plus ou moins contemporain d'une crise comitiale? Certainement les accès de mal sacré sont souvent suivis, quelquefois précédés, d'une période pendant laquelle l'intelligence est plus ou moins profondément troublée; mais quelle durée assigner à cette période? Zacchias voulait que dans les trois jours qui précèdent ou qui suivent l'accès épileptique, le sujet fût déclaré irresponsable. Mais c'est là une délimitation purement arbitraire; il n'y a pas plus lieu de fixer une limite de trois jours que d'en fixer une de quarante-huit heures ou de vingt-quatre heures; celle-ci varie d'un individu à un autre. D'ailleurs, le plus souvent il serait impossible d'établir s'il y a eu ou non crise épileptique. L'inculpé, pour peu qu'il soit intelligent, vous racontera que la veille ou le matin du jour où il a commis l'acte qu'on lui reproche, il a eu une crise; quelquefois, il aura été assez rusé pour simuler une attaque au moment de son arrestation,

ou peu de temps après. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer, indépendamment des individus qui se déclarent épileptiques alors qu'ils ne l'ont jamais été, qui simulent des attaques alors qu'ils n'en ont jamais eu, il n'est pas rare de rencontrer, dis-je, de vrais épileptiques qui s'entendent à merveille à jouer de la maladie dont ils sont atteints, pour se tirer d'un mauvais pas, qui savent parfaitement simuler une attaque au moment psychologique. Tel l'exemple suivant :

J'avais été chargé d'examiner un jeune homme bien et dûment épileptique inculpé de vol à l'étalage. Au moment où il s'enfuyait avec le produit de son larcin, il fut rejoint par un employé de magasin, qui le saisit par le bras ; à ce moment, il tomba en attaque. Le vol ou plutôt les vols avaient été commis avec tant de précaution, tant de prudence, qu'il ne pouvait être question d'un acte irréfléchi, d'une impulsion épileptique, aussi croyais-je peu à la sincérité de l'attaque. L'inculpé finit, en effet, par m'avouer que, se voyant pris, il avait, dans l'espoir d'être relâché, simulé une crise comme celles dont il est parfois atteint.

L'épileptique qui fait le sujet de l'observation II, peu de temps après s'être livré à une tentative de meurtre, a eu une attaque vraie ou simulée, alors que l'acte accompli par lui ne présentait en rien les caractères d'une impulsion pathologique. Peut-être, dans ces circonstances-là, l'émotion de se voir arrêté, la crainte d'un châtiment sévère peuvent-elles provoquer chez un épileptique une attaque qui ne se serait pas produite si la fuite avait été possible.

Quoi qu'il en soit, le temps écoulé entre l'acte incriminé et l'accès épileptique ne me paraît pas constituer un élément d'appréciation suffisant pour conclure à la responsabilité ou à l'irresponsabilité de l'inculpé.

La variété de l'épilepsie, petit mal ou grand mal, peut-elle aider à résoudre le problème? Évidemment non. Les impulsions épileptiques sont aussi bien liées aux vertiges ou aux simples absences qu'aux grandes attaques convulsives.

En résumé, quand il s'agit d'apprécier l'état mental d'un épileptique à un moment donné, de déterminer s'il doit être ou non considéré comme responsable d'un acte délictueux ou criminel ; à mon avis, il n'y a qu'un critérium, c'est l'acte lui-

même, examiné dans les circonstances qui l'ont précédé, accompagné et suivi.

Plus j'examine d'épileptiques au point de vue médico-légal, plus je suis persuadé du bien fondé de la proposition que je viens d'avancer. A son appui, je pourrais donner un grand nombre de faits; je me contenterai d'en citer trois, pris parmi les rapports médico-légaux dont j'ai été chargé dans ces dernières années. On verra que, dans ces trois cas, je me suis attaché à établir la responsabilité ou l'irresponsabilité de l'inculpé en me basant sur les caractères de l'acte incriminé. Je ne fournis qu'un résumé de mes rapports. Dans chacun d'eux j'avais dû discuter d'abord la question de la responsabilité des épileptiques en général, avant d'arriver au fait particulier; les transcrire *in extenso* serait me livrer à des redites inutiles et qui feraient d'ailleurs double emploi avec les pages qui précèdent.

La première observation a trait à un individu atteint d'épilepsie convulsive, inculpé de vol dans une église. L'acte incriminé ayant les caractères d'un acte conscient, réfléchi, j'ai conclu à la responsabilité, tout en réclamant une certaine indulgence. Il y a eu une condamnation à treize mois de prison.

L'observation II est encore un cas d'épilepsie convulsive. Il s'agit d'un homme ayant commis une tentative de meurtre; je l'ai déclaré responsable comme le précédent, mais j'ai sollicité pour lui une large indulgence. Il n'a encouru qu'une condamnation à trois mois de prison. Si je me suis montré plus indulgent pour ce second inculpé que pour le premier, c'est à cause de la nature du crime qu'il avait commis; en effet, les épileptiques, en raison de leur irritabilité habituelle, de leur facilité à se mettre en colère, me paraissent bien plus excusables quand ils se laissent aller à des actes de violence que quand ils commettent des vols.

L'observation III est l'histoire d'un homme atteint d'épilepsie vertigineuse ayant, un jour, dans un endroit fréquenté, et dans des circonstances vraiment extraordinaires, commis un attentat à la pudeur d'un caractère absurde; j'ai conclu à une impulsion épileptique et à l'irresponsabilité. L'affaire n'a pas eu de suites.

Obs. I. — *Vol — Responsabilité — Circonstance atténuante Treize mois de prison.*

Depuis quelque temps, des vols se commettaient dans l'église de X... Une nuit de novembre, vers trois heures du matin, des gardiens de la paix apercevant une lueur derrière la fenêtre de la sacristie de l'église, eurent l'idée qu'un nouveau vol était en train de s'accomplir. L'un d'eux, étant grimpé sur une fenêtre du rez-de-chaussée, aperçut un jeune homme tenant une bougie d'une main et un pic de l'autre; celui-ci se voyant surpris, posa sa bougie sur une banquette et s'enfuit. Les agents ayant sonné, le suisse-concierge vint leur ouvrir et ils pénétrèrent dans l'église; ils constatèrent alors que tous les troncs avaient été brisés et vidés. Une visite minutieuse ne put faire découvrir le voleur, mais les agents remarquèrent aux côtés du suisse, F..., un de ses fils, l'inculpé qui ressemblait trait pour trait au jeune homme aperçu du dehors dans la sacristie quelques instants auparavant; ce jeune homme était très ému.

Une ou deux heures après la constatation du vol, F... père vint aviser les gardiens de la paix qu'il venait de retrouver l'argent dérobé, une somme de soixante-dix francs en monnaie, placée dans un foulard et cachée sous une planche dans un réduit situé dans la cour de l'église. Or, antérieurement, les agents avaient fouillé sans résultat ce réduit attenant au bâtiment occupé par la famille F...

Les circonstances du vol (absence d'effraction aux portes, etc.) ne permettent pas de penser que l'auteur puisse être une personne étrangère venue du dehors, mais montrent au contraire que le voleur était un habitant de la maison, au fait des moindres particularités des lieux. F... est donc inculpé d'avoir soustrait frauduleusement du numéraire dans les troncs de l'église de X...

Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que l'inculpé a maille à partir avec la justice; il a déjà été condamné à trois ans de correction pour vol.

Dans le passé de F..., on ne relève pas seulement des antécédents judiciaires, mais aussi des antécédents pathologiques qu'il faut maintenant examiner.

F..., aujourd'hui âgé de dix-neuf ans, est depuis l'enfance atteint d'épilepsie; de quinze à dix-sept ans, il a été interné à l'Asile de Clermont, il avait alors des crises convulsives très fréquentes. Il est sorti très amélioré. Il s'est engagé, mais ayant eu une attaque dès son arrivée au corps, il a été réformé. Dans ces dernières années, il tombait une ou deux fois par mois seulement.

Depuis qu'il est à Mazas, F... a eu plusieurs attaques d'épilepsie; j'ai pu assister à l'une d'elles le 7 décembre. Cette attaque n'a pas été suivie de troubles intellectuels et, d'après les renseignements fournis par le personnel de Mazas, en dehors de ses crises comitiales, F... paraît normal. Je n'ai constaté chez lui ni débilité mentale notable, ni idées délirantes, ni hallucinations.

Il est de taille moyenne; dans sa conformation physique on ne relève aucune défectuosité prononcée. Il est calme, lucide, et pour toute explication se contente de nier être l'auteur du vol qui lui est reproché.

Conclusions. — 1° F... est atteint d'épilepsie, mais il n'était pas en puissance d'accès quand il a commis l'acte dont il est inculpé, acte qui ne présente en rien les caractères de l'impulsion épileptique; il doit donc en rendre compte à la justice.

2° Toutefois, la maladie grave dont l'inculpé est atteint est de nature à lui concilier dans une certaine mesure l'indulgence de la justice; elle doit être pour lui une circonstance atténuante.

F... a comparu devant le tribunal correctionnel et a été condamné à treize mois de prison.

Obs. II. — *Tentative de meurtre — Responsabilité — Circonstance atténuante tirée de l'épilepsie — Trois mois de prison.*

B... est âgé de vingt-neuf ans; de taille et de corpulence moyenne, il est assez bien conformé, le front est étroit, mais il n'existe ni asymétrie faciale ni aucun autre stigmate physique de dégénérescence; son père aurait été atteint d'aliénation mentale et interné pendant quelque temps dans un Asile. A seize ans, il a eu une fièvre typhoïde grave; depuis cette époque, il est sujet à des crises de nerfs revenant à des intervalles très variables, lesquelles, d'après les renseignements que me donne Mme B... mère, présentent tous les caractères des attaques d'épilepsie. En 1884-85, puis en 1890, B... a été interné dans divers Asiles de la Seine; des certificats délivrés par les médecins aliénistes qui l'ont successivement examiné, MM. Legrand du Saulle, Magnan, Garnier, Marandon de Montyel, il résulte qu'il est bien et dûment atteint d'épilepsie et que ses crises sont parfois suivies de troubles intellectuels d'une durée généralement courte.

J'ajoute que B... ne présente aucun des stigmates permanents de l'hystérie.

Il a déjà subi plusieurs condamnations.

Voici les faits qui l'amènent devant la justice :

Il y a trois mois, une fille soumise avec laquelle il vivait depuis six ans ans l'a quitté, parce qu'elle était lasse d'être battue et de le voir s'enivrer. Depuis cette époque, B... rôde autour du domicile de son ancienne maîtresse et l'a menacée plusieurs fois de la tuer ainsi que son nouvel amant, si elle ne voulait pas reprendre la vie commune. Un soir de septembre, entre sept et huit heures, il se rend chez elle et va frapper à sa porte. Celle-ci, voulant éviter un scandale dans la maison, lui dit à travers la porte de descendre dans la rue qu'elle ira le rejoindre. B... obtempère à cette invitation et la femme X... le suit. Dans la rue, B... braque son revolver sur X...; celle-ci, effrayée, veut fuir, mais B... lui crie : « Je te tue si tu fais un pas de plus. » La femme se précipite dans une boutique, B... la poursuit et par trois fois décharge son revolver sur elle. Deux balles ne portent pas, mais une troisième

pénètre dans l'épaule gauche. Les deux premiers coups ont été tirés dans la boutique, l'autre dans l'arrière-boutique, où la femme X... s'était réfugiée.

B..., après avoir frappé sa victime, a pris la fuite.

Arrêté et conduit au poste, B... a eu, dit le rapport de police, une crise de nerfs. Je n'ai aucun renseignement sur ce que les agents qualifient de « crise de nerfs ». Est-ce une véritable attaque d'épilepsie, est-ce une attaque simulée pour les besoins de la cause, est-ce un de ces accès de colère si communs chez les épileptiques? Je ne saurais sur ce point me prononcer.

J'ai tenu B... en observation, à Mazas, pendant un mois, je l'ai toujours trouvé calme, lucide, exempt de délire; pendant ce laps de temps il n'a eu qu'une seule attaque d'épilepsie, elle a été courte et ne s'est accompagnée d'aucun trouble mental marqué.

A toutes les questions que je lui pose sur les actes qui l'amènent devant la justice, B... répond qu'il ne se souvient de rien; il ne se rappelle pas être monté chez la femme X..., ni avoir eu avec elle une altercation dans la rue, ni avoir tiré sur elle trois coups de revolver, il se hâte d'ajouter : « Je ne suis pas responsable de mes actes, j'ai déjà été placé deux fois à l'Asile Sainte-Anne. »

B... croit ou a l'air de croire que parce qu'il est épileptique, parce qu'il a été interné, il n'a plus rien à craindre de la justice. Voilà une idée qu'il serait dangereux de lui laisser. Il faut qu'il sache bien, au contraire, que ni le fait d'être épileptique, ni le fait d'avoir séjourné dans un Asile d'aliénés ne donne le droit de commettre impunément tous les délits et tous les crimes.

Si l'on examine l'acte incriminé dans les circonstances qui l'ont précédé, accompagné et suivi, on voit qu'il ne présente pas les caractères d'une impulsion épileptique.

La tentative de meurtre commise par B..., loin d'être un acte soudain, irréfléchi, a eu des préliminaires, a été précédée de menaces, elle n'a pas été un acte automatique, mais au contraire un acte volontaire motivé par le refus de la femme X... de reprendre des relations interrompues.

L'inculpé, après avoir frappé sa victime, a pris la fuite. Or, généralement, après un crime accompli sous l'empire d'une impulsion irrésistible, l'épileptique reste hébété à la même place et ne prend nul soin de se dérober aux poursuites. La fuite de B... tend encore à prouver qu'au moment où il a tiré les coups de pistolet il était conscient de ses actes.

B..., il est vrai, prétend n'avoir gardé aucun souvenir des faits qui lui sont reprochés; mais c'est là, on le comprend, une déclaration trop intéressée pour ne pas être suspecte; au surplus, une amnésie aussi complète portant sur une série d'actes aussi complexes est tout à fait inadmissible.

Il n'en reste pas moins établi que B... est atteint d'épilepsie, c'est à dire d'une maladie des centres nerveux produisant un état d'irritabilité habituelle et, par suite, de nature à constituer en sa faveur une circonstance atténuante.

En résumé :

1° B... est épileptique, mais ce n'est pas sous l'empire d'une impulsion morbide qu'il a commis la tentative de meurtre dont il est inculpé; il doit donc en rendre compte à la justice.

2° Toutefois, la maladie dont B... est atteint et qui a nécessité, par deux fois, son internement dans un Asile d'aliénés est de nature à lui concilier dans une large mesure l'indulgence de la justice.

D'après les conclusions de mon rapport, l'inculpation de tentative de meurtre a été transformée en accusation de violences et voies de fait. La blessure de la femme X... n'a d'ailleurs pas eu de suite grave. Traduit en police correctionnelle, B... a été condamné à trois mois de prison.

Obs. III. — *Épilepsie vertigineuse — Attentat à la pudeur Irresponsabilité — Non-lieu.*

R... est âgé de quarante-cinq ans; il est marié, père de trois enfants et exerce le métier de maçon; les renseignements recueillis sur lui sont favorables, il n'a encouru d'autre condamnation qu'une amende pour pêche à l'aide d'un engin prohibé. Il est bien conformé. Son niveau mental est celui de la plupart des gens de sa condition. Son existence n'a été marquée par aucun incident pathologique grave jusqu'à ces dernières années. Il y a quatre ans, à la suite de chagrins causés par la mort de sa mère et de pertes d'argent, il s'est mis à boire de l'absinthe en quantité, plusieurs verres par jour. Depuis cette époque, il est sujet à ce qu'il appelle des «éblouissements» : par moments, il ressent des picotements dans les yeux, puis il voit des moucherons, des étincelles rouges, jaunes, de toutes les couleurs de l'arc-en-ciel; il ressent alors des secousses et des tremblements dans les membres, et il n'a plus bien conscience ni de ce qu'il fait ni de ce qui se passe autour de lui. Il lui arrive de laisser échapper les outils qu'il tient à la main, parfois il se sent poussé en avant; on lui a dit que dans ces moments il faisait des grimaces.

R... est inculpé d'attentat à la pudeur commis dans des conditions qu'il importe de préciser.

Le 1er mai, à son retour de province, il se rend chez son ancien patron, à Vincennes, pour lui demander de l'ouvrage; celui-ci étant absent et ne devant rentrer qu'à l'heure du dîner, il va se promener pour l'attendre; pendant plusieurs heures il fume beaucoup et boit trois absinthes. Vers sept heures du soir, il se trouve dans le bois à une centaine de mètres environ de la porte de Reuilly, en face de la maison d'un garde, quand une jeune fille de dix-neuf ans vient à passer près de lui en courant, accompagnée de trois enfants. R... s'élance à la suite de cette jeune fille qu'il ne connaît pas et, sans lui adresser une parole, il la saisit par la taille du bras gauche et, de la main droite relevant ses jupes, il la touche ou essaie de la toucher aux parties génitales. Aux cris de la jeune fille, des passants arrivent et se saisissent de R...

Invité à expliquer sa conduite, R... prétend qu'au moment où la jeune fille est passée près de lui en courant, il a eu un de ces éblouissements auxquels il est sujet et s'est senti irrésistiblement poussé vers elle.

R... paraît très sincère dans ses déclarations et, d'ailleurs, il me paraît bien difficile d'admettre qu'il puisse décrire comme il le fait ce qu'il appelle ses *éblouissements* s'il n'éprouvait pas réellement ces phénomènes pathologiques. R... doit donc être considéré, à mon avis, comme atteint d'épilepsie vertigineuse, vraisemblablement d'origine absinthique.

Y a-t-il relation de cause à effet entre la maladie nerveuse dont R... est atteint et l'acte dont il est inculpé; l'attentat à la pudeur qu'il a commis est-il le résultat d'un ictus épileptique? Cela ne me paraît pas douteux. Se précipiter sur une jeune fille inconnue, qui passe en courant, accompagnée de trois enfants, pour se livrer sur elle à des actes indécents dans un endroit fréquenté, tout près de la maison d'un garde, à une heure où il fait encore jour; c'est bien là un véritable acte de folie, un acte automatique présentant les caractères d'une impulsion irrésistible.

Conclusions. — 1° R... est atteint d'épilepsie à forme vertigineuse.

2° C'est très vraisemblablement sous l'influence d'un acte épileptique que R... a commis un attentat à la pudeur d'un caractère absurde; il ne paraît donc pas possible de le considérer comme responsable de cet acte.

Conformément aux conclusions de mon rapport, l'affaire s'est terminée par un non-lieu, les poursuites commencées contre R... ont été abandonnées.

La séance est levée.

SÉANCE DU 3 AOUT (SOIR)

Présidence de M. le Dr JOFFROY, Président.

Sommaire. — Impulsions irrésistibles des épileptiques, suite de la discussion. — M. Challan de Belval : Conséquences médico-légales de l'épilepsie dans l'armée. Discussion : M. Régis. — Réflexions cliniques et médico-légales sur la question : MM. P. Garnier, Charpentier, Pailhas. — M. Tissié : Action inhibitoire de la volonté sur les attaques d'épilepsie. Discussion : MM. Vallon, Régis, Garnier, Larroussinie, Régis. — M. Pitres : L'automatisme ambulatoire dans ses rapports avec l'épilepsie. Discussion. — Automatisme ambulatoire, épilepsie larvée : MM. Doutrebente, Larroussinie. Automatisme ambulatoire, hypnotisation des épileptiques et des aliénés : MM. J. Voisin, Doutrebente, J. Voisin, Régis, Ballet, Vallon J. Voisin.

La séance est ouverte à deux heures.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la troisième question : *Les impulsions irrésistibles des épileptiques.*

M. CHALLAN DE BELVAL. — Conséquences médico-légales de l'épilepsie dans l'armée.

Sans pouvoir rien ajouter aux travaux si nombreux qui ont établi la nature, les causes et les manifestations de l'épilepsie sous toutes ses formes, il m'a paru, après discussion du superbe travail de notre très distingué collègue M. le Dr Parant, que ses graves déductions doivent être et seront un guide précieux pour les médecins de l'armée.

Chaque année, en effet, l'épilepsie motive un grand nombre de réformes. Dans la seule année 1892, la statistique militaire en relève 295 cas confirmés ayant nécessité la réforme. C'est un chiffre qui n'a rien d'extraordinaire, du reste, quand on le

compare au chiffre sensiblement plus élevé des exemptions motivées par la même maladie dans les armées étrangères, notamment dans l'armée allemande, réputée cependant pour sa placidité.

Chaque année, également, l'épilepsie et ses congénères sont, dans l'armée, l'occasion de consultations médico-légales de la plus haute importance. La responsabilité, en effet, y est aussi délicate qu'impérieuse, et la justice militaire n'a pas le tempérament de la justice civile. Bien certainement elle a parfois sévèrement puni des malheureux qu'une connaissance plus complète des impulsions irrésistibles eût assurément déclarés inconscients et irresponsables.

Chez le soldat surtout, la tension nerveuse est parfois excessive. Si cet homme, revêtu de la capote du soldat, est entaché d'épilepsie, l'incident le plus banal suffit, très fréquemment, pour déterminer la décharge. Sans doute, le drame est rare dans l'armée, bien évidemment grâce aux sages mesures d'élimination rapide de tout épileptique confirmé. Il ne faudrait pas chercher beaucoup cependant, j'en ai la conviction, pour en trouver de terribles exemples, notamment pendant les époques agitées de guerre ou de manœuvres. Mais, si le drame est rare, combien de soldats, souvent parmi les plus disciplinés qui, sans motifs apparents, perdent tout empire sur eux-mêmes et commettent des actes inconsidérés dont ils ont à répondre devant la justice militaire! Combien de déserteurs, notamment qui, tout au plus réputés taciturnes, s'en vont devant eux, inconscients de ce qu'ils font et cependant, en apparence, parfaitement sains d'esprit! Combien surtout que l'indispensable discipline militaire punirait impitoyablement si la science ne les déclarait atteints de cette forme larvée, si bien observée depuis quelques années, dans laquelle l'attaque convulsive, qui eût entraîné d'emblée la réforme, n'existe pas, n'a jamais existé; chez lesquels l'impulsion irrésistible constitue parfois la seule manifestation apparente, démontrant toute la justesse de cette déduction de Falret, à savoir que les équivalents psychiques sont, chez certains malades, d'espèce identique aux accidents convulsifs! Que d'outrages à des supérieurs, que de vols même seraient punis avec la dernière rigueur si la réputation banale de détraqués, faite par des

camarades, n'appelait l'éveil de l'autorité et la consultation du médecin!

Épilepsie simulée, épilepsie dissimulée, méconnue, hystéro-épilepsie, épilepsie larvée, impulsions irrésistibles, ce sont assurément les questions les plus délicates qu'ait à élucider le médecin militaire alors qu'il est appelé à décider la responsabilité ou l'irresponsabilité de faits répréhensibles, souvent inexplicables, et relevant de la justice militaire.

Je n'insiste pas. Je n'ai pas la compétence nécessaire pour discuter les savantes déductions du Dr Parant. A mon avis, elles méritent, d'une manière toute spéciale, l'étude et les méditations de la part des médecins militaires. C'est à ce titre, sans vouloir absolument préciser le diagnostic, que je crois pouvoir présenter au Congrès certains faits d'observation personnelle récente, qui témoignent de leur importance médico-légale dans l'armée.

Les simulateurs d'abord :

Voici, comme exemple, un soldat détenu du 49e de ligne. Sa mère, pour excuser sa conduite, le déclare atteint d'attaques épileptiques depuis son enfance. Il a, dit-elle, caché sa maladie afin d'être reconnu bon pour le service. L'enquête démontre qu'il n'a jamais eu d'attaques réelles chez les nombreux patrons qui l'ont employé, que les parents ont toujours joui d'une bonne santé, qu'ils ne sont ni nerveux ni alcooliques, que le père, gendarme mort en activité de service, n'a pas un seul instant cessé d'être un excellent serviteur. Le fils cependant, un taciturne, disent ses camarades, n'a jamais été qu'un vagabond et un voleur. Dès l'âge de douze ans, la justice exigeait son internement dans une maison de correction. Et, quelques mois à peine après son incorporation, il se rendait coupable de vols d'effets ou objets de petit équipement appartenant à des soldats ses camarades, à l'un un gilet, à l'autre une peau de bouc, une plaque de ceinturon, un filet à provisions, tous objets sans valeur et qu'il ne se donnait même pas la peine de cacher. Il passait alors pour bon soldat, il n'en fut pas moins condamné à un an de prison. Alors seulement il prétexta l'épilepsie et obtint son envoi à l'hôpital. « Étant enfant, dit-il, j'ai été effrayé par un chien; depuis cette époque, je suis sujet à de violents maux de tête, à des vertiges, ainsi qu'à une douleur qui, partant du talon, remonte jusqu'à l'estomac, y occasionne une constriction pénible, prélude habituel d'une attaque pendant laquelle je perds connaissance. Puis, et pendant plusieurs jours parfois, je ne sais plus ce que je fais. »

Tel est le thème, quelle est la vérité? X..., mis en observation pendant un mois à l'hôpital militaire, trouva le moyen d'avoir trois attaques nocturnes. La leçon avait été bien faite. Toujours la crise était précédée

de céphalée, de vertiges, d'une douleur constrictive partant du talon, d'hallucinations terrifiantes, puis la chute arrivait suivie de quelques mouvements convulsifs de courte durée, et le prétendu malade se relevait en apparence absolument inconscient de sa crise.

Un jour, cependant, le médecin de garde put l'observer. Les plus banales constatations furent décisives. X... n'était qu'un vulgaire sabouleux, un batteur de dig-dig, connaissant la valeur diagnostique de l'aura et surtout l'irresponsabilité de certains impulsés, mais incapable de réaliser l'insensibilité caractéristique de l'attaque vraie, ni davantage de reproduire l'hébétude, la confusion des idées, l'absence de mémoire qui en sont la conséquence immédiate habituelle. L'hésitation n'était pas possible. X... fut reconduit en prison d'où, probablement, il ne sortira que pour commettre quelque autre nouveau méfait.

A côté de ce simulateur, combien de jeunes gens, sûrement ignorants eux-mêmes de la gravité de leur maladie, la dissimulent de leur mieux et viennent s'engager, souvent poussés par des parents qui espèrent pouvoir ainsi s'en débarrasser !

Voici, par exemple, un homme du 144e de ligne, un superbe garçon, très facilement accepté par le recrutement sur la demande de son père. Et cependant, il était en pleine évolution de crises d'épilepsie confirmée quelques jours à peine après son incorporation. Les parents et les voisins, dit l'enquête, connaissaient bien sa maladie, mais ils s'étaient gardés d'en parler, espérant que ce jeune homme pourrait faire sa carrière dans l'armée.

En voici un second, engagé au 53e dans les mêmes conditions. Il est fils d'une mère internée pour folie, frère d'une folle et de deux garçons morts par maladies du cerveau. Lui-même paraît peu intelligent. Il a pu faire ses études cependant, répond nettement aux questions qui lui sont faites, et son père obtient facilement qu'il soit engagé. Il était au régiment depuis deux mois à peine lorsqu'il se plaignit de violentes céphalées, de pénibles cauchemars et de continuels bourdonnements d'oreille. Cela durait depuis quelques jours déjà, lorsque subitement, étant à l'exercice, il fut pris de vertige, s'affaissa sans perdre complètement connaissance et se releva pris d'un violent accès de colère contre ses camarades qui se hâtèrent de l'attacher pour, disent-ils, l'empêcher de les frapper. Le capitaine connaissait la famille, il estima prudent d'accorder une permission de quatre jours. X... partit pour se rendre à Bayonne. A la gare de Puyôo, il descendit du train pour satisfaire un besoin naturel. Eut-il une nouvelle crise, personne ne s'en aperçut. Dans tous les cas, pendant dix jours, il se mit à vagabonder à travers champs, couchant là où il se trouvait et ne vivant que de fruits sauvages. Alors seulement, dit-il, il eut conscience de sa situation, comprit qu'il était en état d'absence illégale et se hâta de se rendre à la gendarmerie pour être reconduit à son régiment. Pendant le trajet de Bayonne à Tarbes, il eut

une nouvelle crise, un simple vertige mais sans convulsions, suivi d'un violent accès de colère pendant lequel il se mit à injurier grossièrement, à frapper même les personnes de son entourage. On le conduisit en prison. Heureusement déjà le médecin de son régiment le connaissait et surtout connaissait ses antécédents. Non seulement il obtint facilement une ordonnance de non-lieu, mais encore la réforme immédiate.

N'est-ce point là un exemple de ce genre de manifestations comitiales de l'épilepsie larvée dans lesquelles le vertige est le seul signe apparent, et pendant lesquelles, ainsi que l'explique si bien M. Parant, il y a cependant conservation de l'activité cerébrale? Le sujet, à la vérité, faisait un usage habituel du bromure de potassium.

En voici un autre, un dragon, d'apparence intelligent, de caractère généralement facile, presque timide et de médiocre constitution. Il se plaint habituellement de céphalée, de vertiges et de battements de cœur. Il n'a jamais eu d'attaques convulsives, mais ses camarades de chambrée déclarent l'avoir fréquemment entendu, subitement et sans aucun motif, pousser un cri rauque; puis ils ont constaté qu'il devenait alors extrêmement pâle et demeurait longtemps comme hébété. Ses souvenirs d'enfance et de jeunesse sont assez précis, mais avec des absences bizarres. Il a pu faire ses études et même se présenter à Saint-Cyr, et cependant il ignore la date de sa naissance, le numéro de l'escadron dans lequel il a été incorporé. Il devient déserteur. Il est condamné et envoyé dans un pénitencier dont il ignore le nom, bien qu'il y soit demeuré pendant près de six mois. Il déserte une seconde fois et ne cherche aucunement à se disculper. « Si je n'ai pas rejoint mon corps, dit-il, c'est que je ne pouvais pas, alors, supporter les fatigues, ayant constamment des vertiges, des maux de tête et des cauchemars, malgré l'usage habituel du bromure de potassium. » Faut-il le déclarer responsable? La consultation médicale l'a admis. Il n'a jamais eu d'attaques convulsives, seulement ce cri rauque subit, suivi de pâleur et d'hébétude qu'ont signalé ses camarades, cette céphalée, ces vertiges, ces cauchemars dont il se plaint incessamment. J'eusse été, je crois, au moins plus indulgent. Il y a bien, peut-être, chez cet homme, persistance de la conscience; il est bon sujet, très discipliné même. Et pourtant il déserte sans motif réel, sans aucunement se préoccuper de la gravité de la faute qu'il ne cherche même pas à excuser. A mon avis, il n'est pas libre. Il est sous l'influence de cette épilepsie larvée qui le conduit à exécuter automatiquement, sans pouvoir y résister, l'idée qui peut-être avait antérieurement germé dans sa tête. C'est un inconscient et, dans le fait en question, j'eusse, je crois, volontiers plaidé l'irresponsabilité.

Voici, d'autre part, un nommé X..., encore un engagé volontaire, que j'ai tout récemment observé. Il jouit d'une excellente santé habituelle, n'est ni syphilitique ni alcoolique. Au régiment, il est réputé très bon

sujet, de conduite régulière, honnête et soumise. Il allait être nommé caporal lorsque, subitement et sans motif, il s'absente pendant quatre jours, subit une sévère punition, puis se remet au travail et de nouveau se fait remarquer par son excellente conduite. Et voici cependant qu'il déserte pour la seconde fois, sans motif, allant devant lui, tantôt à pied, tantôt en chemin de fer et arrive ainsi jusqu'à Orange où, revenant enfin à lui, il se constitue volontairement prisonnier. L'enquête apprend qu'il a toujours été d'humeur vagabonde, incapable de se fixer, mais elle ne signale aucune autre tare nerveuse. La justice militaire le condamne à deux ans de prison. Il se conduit si bien que sa grâce est demandée. Elle était certaine lorsque, tout à coup, et sans le moindre motif, il lacère et détruit à coups de couteau tous ses effets personnels et de literie. Il comprend ce qu'il a fait, mais il a été incapable de résister, poussé, dit-il, par une puissance qu'il ne définit pas. On l'admet à l'hôpital, il se conduit parfaitement d'abord, puis bientôt, de même qu'à la prison, il devient difficile et commettrait sûrement de nouveaux actes délictueux s'il n'était étroitement surveillé.

N'est-ce point là le délire impulsif, sans autres manifestations caractéristiques, ce trouble purement mental, purement intellectuel que Falret appelle si justement un équivalent psychique d'espèce identique aux accidents convulsifs? Je n'ose pas me prononcer encore.

Je serai assurément plus affirmatif pour cet autre engagé volontaire d'un régiment de hussards. Son père est un alcoolique irritable et violent, son grand-père était un buveur, la famille tout entière est réputée mal équilibrée. Lui-même, dès son enfance, s'est fait remarquer par son impressionnabilité nerveuse. Il a surtout peur de la demi-lumière. Souvent, pendant la nuit, il pousse des cris de terreur. « Il me semble, dit-il, qu'un être, non précis, mais que je sens réel, me menace; je suis saisi de terreur, j'assiste mentalement à la prise de possession de mon être par un étranger qui m'en chasse, je sens que je sors de mon corps et qu'un autre s'en empare. Puis au bout de trois ou quatre heures de lutte, je tremble de tout mon corps et me réveille couvert de sueur. Et cela se répète presque chaque nuit. J'ai vu la mort de près, dit-il; jamais devant le danger le plus imminent je n'ai éprouvé rien de comparable à cette atroce sensation d'une volonté étrangère s'introduisant en moi, remplaçant la mienne, devenant la maîtresse de mon corps et me laissant, moi, complètement impuissant. » C'est ainsi qu'il a fait inconsciemment une absence illégale de plusieurs jours, justiciable du conseil de guerre.

Cela se produit aussi bien à l'état de veille que pendant le rêve. Mais il est excellent cavalier et s'efforce alors d'échapper à son cauchemar par des courses vertigineuses qui semblent quelque peu le soulager. Alors, néanmoins, il demeure mélancolique, mystique ou bien parfois impa-

tient, agité et sans un instant de repos. « L'idée me pousse, dit-il, je ne tiens plus en place, j'éprouve l'impérieux besoin de revoir une personne, une chose déjà vues, pour y retrouver une impression jamais retrouvée, toujours poursuivie. Cela me monte à la tête comme si j'étais ivre. Je suis attiré vers l'objet ou la personne déjà vus avec une telle intensité que je crois déjà m'y trouver. L'idée me poursuit et de même son image tangible. Puis, le déclanchement arrive. Alors, je pars, allant devant moi et inconscient de la valeur du temps; cela me soulage, mon corps marche, mais mon esprit a atteint le but bien avant lui. Et quand le corps est arrivé, j'ai la même sensation qu'au réveil, dans un cauchemar, me demandant si j'ai rêvé ou non, quel est l'acteur réel du fait accompli, absolument inconscient du temps employé. »

Si parfois il se détourne de sa route, c'est qu'il en est machinalement détourné, mais l'obsédante idée ne le quitte pas et le conduit toujours vers ce même but, dont il perçoit l'image telle que s'il en était virtuellement possesseur.

Et cet ainsi que depuis l'âge de sept ans il a fui tous les collèges dans lesquels il a été interné, qu'il a pu cependant se faire recevoir bachelier, qu'alors il a cherché dans tous les abus, de la femme, de l'absinthe, de la morphine même, à se soustraire à ses obsessions, qu'il a dans le même but, navigué pendant trois ans sur un trois-mâts, faisant naufrage, bravant le danger et éprouvant la jouissance d'avoir à défendre sa vie. « Ce fut, dit-il, ma seule époque de calme relatif. Pendant quelques mois je n'eus plus de rêves, plus l'horreur du crépuscule, alors je me crus guéri et résolus de m'engager; et maintenant la terre m'étouffe, il me semble que j'ai trahi la mer. »

Est-ce là de l'épilepsie? C'est admissible, et l'un de nos collègues, qui a vu le malade avec moi, n'est pas éloigné, je crois, de partager cet avis. Il n'y a pas de convulsions, cependant; tout au plus une sorte de vertige. Est-ce plutôt de l'hystéro-épilepsie? Le besoin impérieux du voyage succède à l'idée et son exécution n'a pas la brusquerie de la pure impulsion épileptique; l'amnésie est incomplète, mais le sommeil hypnotique, justement interdit de la pratique de l'armée, n'a pas été consulté. Je relève, du reste, une certaine asymétrie faciale, un cou triangulaire volumineux, une habituelle séborrhée des aisselles, des pieds et des mains, sans autres signes physiques apparents d'un cerveau pathologique. Mais mon sujet est un prédisposé héréditaire. Il a des hallucinations terrifiantes et ce dédoublement de sa personnalité avec obligation inconsciente pour la personnalité réelle d'accomplir automatiquement l'acte pensé et délibéré par la personnalité factice me paraît bien

un type de cette épilepsie larvée, de cette folie transitoire, généralement admise aujourd'hui, je crois, dont la seule caractéristique est l'impulsion psychique irrésistible jusqu'au jour probable de la véritable attaque convulsive classique. N'est-ce point là cet épileptique de Féré que le choc impulsif amène à regarder comme réalisées des idées qu'il avait bien avant l'accès. Quoi qu'il en soit, il me parut que ce soldat devait être déclaré irresponsable autant qu'incapable de tout service militaire. Et c'est ce qui fut fait.

Voici un dernier fait, actuellement soumis à mon observation :

L'histoire pathologique de la famille offre à considérer neuf cas de suicide ou de folie ayant nécessité l'internement dans une Maison de Santé. Le sujet est en prévention de conseil de guerre pour outrages envers ses supérieurs. Enfant, il était d'un caractère bizarre, brusque, sujet à des colères inexplicables et terminées par des crises de larmes. Actuellement, il paraît chétif, de musculature peu développée, son facies morne, sans expression, est en outre affligé d'exorbitisme marqué. Sa voix est nasonnée, ses amygdales sont constamment hypertrophiées, sa voûte palatine paraît ogivale et ses mains sont toujours couvertes de sueur visqueuse. Il semble donc un dégénéré. Et cependant, l'observation ne révèle actuellement aucun trouble intellectuel, aucune bizarrerie de caractère. Il se rend parfaitement compte de la faute qu'il a commise, et son état d'abattement s'explique suffisamment par la crainte du jugement à intervenir. Il n'a jamais eu de véritables crises épileptiques, et cependant il s'est à plusieurs reprises rendu coupable d'absences illégales, de fugues inexplicables, dont il a, du reste, conservé le souvenir. Il n'est pas alcoolique, il n'est pas syphilitique. Est-il responsable? Je n'ose me prononcer encore et ne veux pas préjuger l'avis de mes collègues.

Et je termine avec cette recommandation toute spéciale aux médecins de l'armée, peut-être insuffisamment préparés par l'instruction si nette, si précise, mais ancienne déjà, rédigée par le Conseil de santé des armées sur les infirmités qui rendent impropres au service militaire :

Quand, chez un taciturne, sujet à des cauchemars, surtout à des hallucinations terrifiantes, vous constaterez une impulsion subite, un entraînement automatique, sans motif appréciable, suivi d'hébétude et de prostration; alors même qu'il n'y a pas d'autres signes apparents, ni convulsions, ni vertige constaté, ni même perte absolue de la mémoire, n'hésitez pas

cependant à déclarer l'épilepsie et l'irresponsabilité probables. Falret, Billod, Charcot, Féré, Pitres, Régis, Parant et la plupart des observateurs seront avec vous.

J'ajoute : l'épilepsie, l'hystéro-épilepsie et leurs congénères doivent être pratiquement bannies du cadre des maladies de l'armée. La précision du diagnostic n'est pas ici de rigueur. Le fait individuel doit être seul en cause. Et si je répète l'axiome : En médecine légale il n'y a point de maladies, il n'y a que des malades, c'est que cet axiome est vrai surtout dans la médecine légale militaire, en raison des conséquences disciplinaires si graves qu'entraînent parfois des actes qui, moralement mieux étudiés, eussent probablement bénéficié de l'irresponsabilité.

Je dis également : Soyez impitoyables pour les simulateurs avérés; mais, surtout, débarrassez-vous de la contagion des manifestations nerveuses; éliminez même les suspects. Ce n'est pas le nombre des hommes qui fait la force d'une armée, c'est le nombre des soldats.

M. Régis. — J'appelle l'attention du Congrès sur l'importance de la communication de M. le médecin en chef Challan de Belval. La question de l'épilepsie dans l'armée est, en effet, une question de premier ordre et je regrette que M. Parant n'en ait pas fait l'objet d'un chapitre ou tout au moins d'un paragraphe de son remarquable rapport. Non pas que l'épilepsie soit différente dans l'armée, mais elle y offre, au point de vue médico-légal, un caractère particulier et du plus haut intérêt.

Je saisis cette occasion pour exprimer un regret : c'est que l'expertise médicale ne soit pas réellement organisée devant les tribunaux militaires, comme elle l'est devant les tribunaux civils, et qu'on n'y fasse pas appel, dans les cas nécessaires, à des experts spéciaux, dans l'intérêt même de la justice et de la vérité. Lorsqu'il s'agit d'un inculpé peut-être irresponsable, il doit y avoir partout place pour la science, comme il y a partout place pour la défense.

M. P. Garnier. — Mes premières paroles seront pour adresser un bien juste tribut d'éloges à M. Parant pour le très grand intérêt du travail qu'il a préparé sur la troisième question du programme.

Je suis d'autant plus disposé à me rallier aux opinions émises par notre distingué collègue, que celles-ci sont de tous points conformes aux considérations que j'ai exposées, en 1883, dans une longue étude sur cette même question : *Les vertiges avec délire,* qui a fait l'objet d'un magistral rapport de M. Mesnet à l'Académie de Médecine.

Dans le mémoire auquel je fais allusion, j'ai rapporté un grand

nombre de faits relatifs à l'automatisme ambulatoire et à des meurtres accomplis en plein état d'inconscience.

Depuis lors, j'ai été chargé d'examiner bien d'autres cas, et ces nouvelles observations n'ont eu pour résultat que de confirmer absolument les données générales de cet ouvrage.

Je crois pouvoir dire, me plaçant surtout ici sur le terrain médico-légal, que la partie la plus saillante du rapport de M. Parant est celle qui a trait à l'épilepsie dite *larvée*, question toujours à l'ordre du jour, doctrine clinique sujette à tant de controverses, théorie, si l'on veut, dont la fortune a été très diverse depuis Morel, son principal promoteur. Son adversaire le plus redoutable, peut-être, a été, dans ces dernières années, M. Christian, qui a mené contre elle une rude attaque avec cette vigueur d'argumentation que nous lui connaissons.

L'épilepsie larvée a-t-elle disparu de nos préoccupations et de nos discussions après ce dur assaut? Ce point de doctrine est-il définitivement résolu par la négative? Ce n'est pas l'avis de M. Parant et ce n'est pas non plus le mien.

J'estime que les divergences d'opinion n'ont été si vives que par la faute d'un mot. C'est là un nouvel exemple de ce danger de la terminologie que nous signalait, au début de nos travaux, avec tant d'esprit critique, M. le premier Président Delcurrou.

Quant à moi, je ne puis admettre qu'une maladie soit dite *larvée,* quand elle se manifeste précisément par le symptôme qui en est l'élément à la fois nécessaire et suffisant. Je m'explique. En s'en tenant à un diagnostic en quelque sorte schématique, on peut dire qu'il y a deux épilepsies : l'une *convulsive* ou *motrice,* que tout le monde peut reconnaître; l'autre, l'*épilepsie psychique,* qui demande au médecin, à l'expert, toute sa perspicacité clinique, toute sa pénétration d'observateur sagace.

Or, d'après l'appréciation de quelques-uns, le diagnostic de cette épilepsie ainsi affranchie des signes grossiers qui la dénoncent aux yeux de tous, de cette épilepsie plus délicate, plus *réservée*, le diagnostic de cette forme *psychique*, ne pourrait être posé en l'absence des signes somatiques de la forme convulsive. Le médecin déclarerait alors que, sans *secousses convulsives*, il n'y a pas à s'arrêter au diagnostic d'épilepsie.

Eh bien! je crois que ce *non possumus* n'est pas justifié par la réalité des faits, et il me paraît à peu près aussi dangereux dans la pratique médico-légale que serait périlleux pour la justice une facilité trop grande à admettre, à l'occasion de tel acte délictueux ou criminel, l'hypothèse de l'épilepsie psychique.

Dans la plupart des cas d'impulsions irrésistibles liées à un vertige comitial, à une *absence*, l'expert a, en dehors de la constatation des signes somatiques de l'épilepsie, des indices précieux pour se guider, indices dont la réunion l'autorisera à asseoir un diagnostic.

Que l'on réduise l'épilepsie à l'importance d'un simple syndrome, soit; que l'on déclare qu'il y a, non *une épilepsie*, mais *des épilepsies,* soit encore. Il n'en est pas moins vrai qu'au-dessus de toutes les variétés

de syndromes épileptiformes ou épileptoïdes, il en existe un à la perfection symptomatologique duquel les autres n'atteignent point et qui mérite le nom d'*épilepsie-névrose*, d'*épilepsie essentielle*, tout en reconnaissant que cette désignation n'a pas de valeur absolue, mais n'a qu'une valeur relative.

N'ayant en vue, pour le moment, que cette forme typique, je crois pouvoir déclarer que l'accès comitial est avant tout caractérisé par la suppression brusque, instantanée, de l'activité consciente, par la perte de connaissance, ouvrant le champ à l'automatisme aveugle et entraînant une amnésie absolue.

C'est là l'élément nécessaire et suffisant du syndrome, et c'est pourquoi l'*épilepsie psychique*, c'est à dire celle dans laquelle la décharge totalise ou résume son action sur la sphère intellectuelle est, permettez-moi l'expression, l'*épilepsie exquise, idéale;* car c'est bien elle qui nous renseigne le plus nettement sur *la qualité du morbus sacer.*

Par suite de cette convulsion mentale, une sorte de *déclic* est opéré. Le cerveau, centre de toutes nos activités nerveuses dont le fonctionnement normal nous donne la connaissance du dehors et la connaissance de nous-même, n'est plus apte à manifester ses facultés de conscience, de jugement, de mémoire et de volonté. L'automatisme entre en jeu, et c'est alors que se déroule toute la série des actes inconscients, depuis les plus insignifiants jusqu'au plus grave, depuis le geste le plus simple jusqu'à d'apparentes combinaisons d'action pouvant faire croire à la lucidité du sujet.

La *triade* basedowienne était, hier, à l'ordre du jour; aujourd'hui, les manifestations de l'épilepsie psychique nous amènent à étudier une autre triade symptomatique. Toute impulsion liée à un paroxysme comitial est, en effet, essentiellement caractérisée par l'*inconscience*, l'*automatisme* et l'*amnésie*, et si nous admettons que la maladie de Basedow peut exister en l'absence de l'un des symptômes composant la triade, il n'en est plus de même pour l'impulsion épileptique.

A mon avis, on doit rejeter du cadre des impulsions épileptiques *vraies* — je ne parle, bien entendu, que des impulsions liées à un paroxysme — les actes accomplis avec une conscience même seulement partielle et ayant laissé des traces dans la mémoire.

Il est bien évident que le comitial qui agit sous l'incitation d'une impulsion conditionnée par un ictus, doit être déclaré complètement irresponsable. C'est à découvrir les grands caractères de l'épilepsie psychique, d'après les circonstances mêmes de l'acte, d'après l'histoire complète du sujet, d'après ses réponses, souvent beaucoup plus décisives qu'on ne se l'imagine, que doit s'employer la pénétration de l'expert. Et je crois pouvoir déclarer ici que, le plus souvent, il peut arriver à se former une conviction, même en l'absence de tout trouble somatique, antécédent ou concomitant.

Un point de vue qui s'écarte un peu du programme est celui qui a trait à la responsabilité de l'épileptique, non plus en accès, mais libre, *au temps de l'action*, de tout trouble paroxystique obnubilant sa cons-

cience. Évidemment, il ne saurait être question d'assimiler ce dernier cas au premier, et je suis d'avis que le comitial peut parfaitement être appelé à rendre compte devant la justice d'actes dont il a eu conscience et qu'il était sans doute libre de ne pas commettre.

Toute la question est de savoir s'il appartient à l'expert de faire valoir en faveur d'un épileptique des motifs d'atténuation de responsabilité, motifs empruntés à l'existence même de la névrose. Il y a là, assurément, avant tout, des questions d'espèces, et lorsque les faits reprochés à un comitial sont des violences, des voies de fait, des agressions, il faudra toujours penser au *caractère spécial*, à l'*irritabilité maladive* de l'épileptique, et surtout de l'épileptique à accès fréquents.

Dans l'exposé de ces circonstances, le magistrat trouvera, sans doute, des motifs réels d'indulgence, dont, au surplus, l'appréciation lui appartient.

Je n'ai plus qu'un mot à dire ; ce sera pour féliciter M. le premier Président Delcurrou et nous féliciter nous-même de son concours, si spontané et si cordial, qui, au début de nos travaux, a été comme la consécration de l'union de la magistrature et de la médecine.

Dans la main qui nous a été tendue si franchement, nous sommes heureux de placer la nôtre. Il faut, en effet, que cette union se fasse. Elle se fera, il n'en faut pas douter, parce qu'elle répond à un état social nouveau, à une philosophie moderne plus élevée; en un mot, parce qu'elle répond à un besoin véritable.

Il y a là un symptôme dont ne peuvent que s'applaudir les amis de la justice et de l'humanité.

M. Charpentier. — Malgré mon intention de ne pas intervenir dans le débat, je ne puis m'empêcher de prendre la parole, car, après ce que j'ai entendu, cela devient en moi une impulsion irrésistible.

Cependant, je ne pense être ni un épileptique, ni un hystérique, ni un dégénéré, et à ce propos je me demande s'il n'y aurait pas lieu d'examiner tout d'abord si l'impulsion irrésistible ne pourrait pas exister, même en dehors de tout trouble mental; il y aurait avant tout une question préalable à se poser et que je n'ai pas la prétention de résoudre : Qu'est-ce que l'irrésistibilité en général ?

Ce besoin naît-il exclusivement de l'extérieur, de l'attrait; est-ce une attraction ou au contraire de l'intérieur, de nous-même, et répond-il à la formule d'un désir qui veut se réaliser?

Mais, je laisse ces questions pour en aborder de plus importantes, qui touchent au cœur du sujet même. L'épileptique, au moment de son impulsion, est un inconscient; la meilleure preuve qu'il n'est pas conscient de l'acte qu'il commet, c'est qu'il ne se souvient pas de ce qu'il a fait; en d'autres termes, l'amnésie serait une preuve de son inconscience.

J'admets que cette amnésie soit réelle et non simulée ; mais, même alors, cette amnésie ne prouve pas que l'inconscience ait existé, ainsi que le démontrent les faits que nous connaissons tous d'amnésies traumatiques rétrogrades ou antéro-rétrogrades. Voici un individu qui, au

moment d'être victime d'un accident, témoigne par des paroles le danger qu'il court, est frappé, perd connaissance, puis, revenu à lui, ne se rappelle ni l'accident, ni ce qu'il a dit, ni parfois même les circonstances antérieures à son traumatisme, il y a chez lui amnésie post-traumatique, malgré la persistance de l'état conscient au moment du traumatisme; n'en peut-il souvent être de même dans le cas d'impulsion irrésistible chez l'épileptique et peut-être souvent aussi dans les cas d'impulsion irrésistible, même sans épilepsie, même chez les sujets qui ne sont pas épileptiques.

Un autre point qui mérite attention, c'est l'amnésie après l'acte commis, je parle toujours de l'amnésie non simulée; cette amnésie peut être produite par autre chose que les effets de la décharge épileptique, et mon collègue M. Féré l'a très bien établi dans son volume sur la pathologie des émotions; toute émotion peut être suivie d'amnésie, sans avoir été précédée nécessairement de perte de connaissance, et l'émotion d'être arrêté pendant ou aussitôt le délit commis peut produire chez le délinquant une amnésie réelle, sincère, quoique l'acte ait pu être non seulement commis en connaissance de cause, mais même prémédité.

Certes, dans ces cas, le délinquant sera sincère; mais cette sincérité dans la réponse ne pourra constituer une garantie suffisante et à ce propos je suis plus exigeant que M. Garnier, et le fait que le médecin expert certifie qu'il juge sincères les réponses du délinquant ne me satisferait pas si j'étais magistrat; il me semble que je ferais observer, dans ces conditions, au médecin expert qu'il ne me suffit pas qu'il me dise que l'inculpé est sincère dans ses réponses, mais je voudrais qu'il pût m'exposer, en termes empruntés à son art, par quels procédés scientifiques il avait pu constater la sincérité dans les réponses de l'interrogé.

Enfin, un troisième point, c'est la périodicité si fréquente dans l'impulsion irrésistible; mais cette périodicité, si semblable qu'elle soit à celle de l'épilepsie, peut s'expliquer autrement : la nuit fait naître les attaques nocturnes, ainsi que l'indique leur nom, favorise les entreprises des cambrioleurs; les grands magasins sont les lieux d'élection des impulsions irrésistibles pour le vol à l'étalage; les individus qui sont arrêtés pour des outrages aux mœurs les pratiquent habituellement dans les mêmes conditions, parfois aux mêmes heures. Je me souviens que le professeur Lasègue consultait un jour ses collègues de la Société médico-psychologique sur le fait d'un individu qui, tous les ans, était arrêté dans les mêmes circonstances. C'était dans un café, en automne, au moment du changement de saison, en prenant un pardessus d'hiver qui ne lui appartenait pas.

Lasègue était frappé de la périodicité du fait et demandait humoristiquement, je crois, s'il ne fallait pas y voir là une intermittence pathologique.

M. B. Pailhas. — Pour expliquer le besoin d'activité si particulier aux impulsifs, et principalement aux impulsifs épileptiques, je me suis demandé si ce fait n'était point en corrélation étiologique — tout au

moins dans certains cas — avec cet autre fait de *la longévité anormale* constatée chez les ascendants d'épileptiques (Féré).

Ne peut-on pas, en effet, considérer la crise épileptique comme créée dans cette catégorie de cas, du moins largement favorisée par une disproportion, d'une part, entre cette puissance d'activité nerveuse transmise par l'ascendant et d'où dérivait pour lui la longévité, et, d'autre part, l'insuffisante utilisation de cette même activité nerveuse *imposée* par l'hérédité à l'organisme et bien au-dessus de ses besoins?

Et de là, de ce défaut d'adaptation d'un organisme mal préparé à s'assimiler avec avantage cette surabondance d'influx nerveux, la nécessité, au contraire, de s'en dégager par ces décharges de l'ictus, justement rapprochées des décharges de la bouteille de Leyde et qui semblent n'avoir d'autre but que de rétablir un équilibre normal rompu, par intervalles, au profit d'une activité nerveuse pathologiquement prépondérante. J'ajouterai même ici qu'une théorie générale de l'épilepsie m'a paru pouvoir être déduite de cette disproportion ainsi envisagée entre le développement de l'activité nerveuse et son utilisation insuffisante. Cette disproportion serait, dans l'espèce, considérée comme provoquée et entretenue, tantôt par des conditions susceptibles de développer pathologiquement cette activité nerveuse, telles l'hérédité en cause ci-dessus, les excitations réflexes, les traumatismes, les intoxications, etc., etc.; tantôt par des conditions d'inertie organique susceptibles de restreindre la mise à profit de cette activité, telles l'intoxication elle-même, la diathèse scrofuleuse, si communément liée à la tare épileptique.

M. TISSIÉ. — Action inhibitoire de la volonté sur les attaques d'épilepsie.

On a admis jusqu'à ce jour que la volonté n'a aucune action inhibitoire sur l'attaque épileptique, celle-ci étant, comme on l'a déjà dit, le triomphe du réflexe; il n'en est pas toujours ainsi, témoin l'observation suivante :

Il s'agit d'un adolescent de dix-sept ans, élève du Lycée de Bordeaux, ayant eu tout à coup une croissance très rapide qui l'a beaucoup fatigué. La première crise a paru à cette période et l'a saisi dans la rue, auprès de sa mère. Il ignore comment elle est survenue et ce qu'il a fait; cependant il n'est pas tombé, il a continué à marcher, sa mère ne s'est aperçue de la chose que par les soupirs et les souffles qu'il poussait. Lui ayant demandé ce qu'il avait, il répondit : « *C'est une mauvaise idée;* » la crise passée, amnésie complète de ce qu'il avait fait ou dit dans l'intervalle. Cette première attaque est suivie de plusieurs autres pendant un mois, chacune ne

durant qu'une minute environ. Comme un jour sa mère le conduisait chez le médecin de la famille qui l'avait soigné étant enfant et qui demeurait en face de leur habitation, X... eut peur, il fut aussitôt saisi par une crise, qui dura le temps de traverser la rue. N'ayant trouvé personne, il revint de nouveau chez le médecin, mais cette fois il n'eut pas peur et la crise ne survint pas. Celles-ci ont lieu tous les quinze jours environ.

Description d'une crise. — La crise est précédée d'une idée fixe prise au hasard, au nombre des idées générales qui traversent l'esprit et que, malgré sa banalité, X... sent devoir provoquer une attaque. Cette idée s'impose, elle grossit peu à peu, devient énorme et fixe, envahissant tous les centres psychiques et déplaçant toutes les autres idées; quand son hypertrophie a atteint un certain degré, la crise survient. Cependant, il sait qu'il peut lutter contre cet envahissement en appelant à son secours une autre idée, qu'il rend fixe par un effort de sa volonté. Il la grossit volontairement et la renforce afin de l'opposer avec succès à la « mauvaise idée ». Il parvient ainsi à éviter la crise. Il est à remarquer que la formation et l'intensité même de cette seconde idée d'origine volitive ne provoquent aucune attaque, alors qu'il n'en est pas de même de l'idée pathogène. Il n'éprouve pas non plus de fatigue psychique par la lutte qui s'établit entre les deux idées. La crise est encore évitée si son attention est fortement portée ailleurs, soit par une interpellation brusque, un bruit soudain, un choc quelconque qui empêche le développement et l'envahissement des centres psychiques.

Le jeune malade compare cet état à celui d'un engourdissement ou d'un sommeil d'où il sortirait à la suite d'une forte commotion. Si la crise le surprend quand il écrit, il ne s'arrête pas, bien qu'il sente grossir l'idée; il ne lâche pas son porte-plume, mais la phrase est arrêtée au moment du paroxysme. La main suit un mouvement automatique, les caractères de l'écriture sont remplacés par des lignes ou des traits obliques. Il reprend la phrase après l'accès au point où il l'a abandonnée, si bien que sur une page d'écriture la crise se révèle par une incoordination graphique, mais non psychique.

Il ne tombe pas dans la rue, mais il laisse tomber sa canne ou les objets qu'il tient dans les mains. Il ne s'est jamais mordu la langue, n'a jamais uriné, n'a jamais gâté ses linges, n'a jamais bavé.

Sa mère a constaté qu'il pleurait dans un accès nocturne, il l'appelait « maman ». Pas d'impulsions avant ou après la crise.

Un jour étant en voiture et conduisant, il sentit venir une attaque, il était assis auprès du cocher, sa mère était placée derrière lui, il lâcha les rênes; à partir de ce moment, il ne se rappelle rien; cependant celle-ci ayant entendu un souffle, voulut faire arrêter la voiture, mais déjà il avait repris les rênes.

Huit mois après, il dit avoir été atteint d'une première attaque pendant la nuit, entre une heure et deux heures; il s'adonnait alors au canotage avec excès, se couchait vers minuit ou une heure du matin et se levait de bonne heure pour se rendre sur l'eau. Il tombe du lit, mais n'urine pas; l'accès est court, pas de stertor, pas de céphalalgie; cet accès est accompagné de trois autres, dont un second dans le lit, mais sans chute à terre.

X... passe l'examen du baccalauréat ès sciences complet; il est reçu à l'écrit et prépare l'oral. Il travaille et se fatigue beaucoup cérébralement; les crises surviennent quotidiennement pendant les trois jours qui précèdent l'examen. Il les attribue à l'idée fixe qui le poursuivait de passer cette épreuve. Elles sont extrêmement courtes, mais l'état d'accès est si profondément établi qu'il fond les trois attaques en une seule. Après être reçu, il se rend à la campagne, où il se repose; il monte à bicyclette pendant trois heures par jour, marchant à une moyenne de quinze kilomètres à l'heure; il fait aussi quelques promenades et du canotage, mais modérément; il se couche et se lève de bonne heure; les crises sont très rares, elles ne surviennent jamais à bicyclette, tandis qu'il en a en canot. Une de celles-ci mérite d'être citée. Il se trouvait sur le canal de la Robine et tenait le gouvernail; tout à coup, sentant venir l'attaque, il eut le temps de diriger l'embarcation vers la berge; ayant prétexté le besoin d'uriner, il descendit à terre, se rendit du côté opposé du chemin de halage, choisit

un arbre et, s'y étant appuyé en faisant le simulacre d'uriner, il laissa ainsi passer la crise. Ses camarades ne s'aperçurent de rien ; il les rejoignit sans avoir uriné.

X... rentre à Bordeaux, où il vient préparer les examens d'entrée à l'École centrale. Il se fatigue de nouveau cérébralement et les crises se reproduisent plus fréquemment, surtout d'une heure à deux heures du matin, pendant le sommeil. Céphalalgie légère au réveil.

C'est à ce moment que X... m'est présenté, c'est un masturbateur. Son champ visuel est concentriquement rétréci, surtout pour l'œil gauche. Je prescris le traitement polybromuré à haute dose, l'hydrothérapie et la suppression de toute fatigue ; j'applique la gymnastique médicale. Arrêt des crises pendant plusieurs mois.

Un jour, X... m'apprend qu'il vient d'en subir deux nouvelles ; il les attribue à un excès de bicyclette et d'onanisme. Le même traitement, rigoureusement observé, donne d'excellents résultats pendant plus d'un an, au bout duquel je perds ce jeune homme de vue.

Le début des crises coïncide avec une croissance très rapide, qui établit une fatigue organique. Une grande fatigue est cause de la fréquence des crises, qu'elle soit physique, intellectuelle ou émotive, comme la peur de se rendre chez le médecin de la famille, la préparation aux examens, l'abus des exercices physiques, un excès de masturbation.

La première manifestation pathologique, l'aura, est constituée par une « mauvaise idée » qui, pour le malade, est la cause occasionnelle de tous ses accès. Il semble que la formation de cette idée et son hypertrophie provoque une fatigue psychique, laquelle, à son tour, amène la crise. Cependant, il est plus admissible de penser que cet automatisme psychique est plus effet que cause et qu'il *annonce* une décharge nerveuse se préparant, décharge qui se créerait une voie à la faveur de la moindre résistance, cette moindre résistance étant établie par un état d'adynamie des cellules nerveuses présidant à la formation de la volonté. Le jugement existe jusqu'au moment de la crise, il réapparaît aussitôt après, puisque le malade a le temps de prendre ses précautions. Quand la résistance des centres volitifs est plus élevée que

la force nerveuse qui va se décharger, la volonté arrête la crise par l'action inhibitoire d'une idée thérapeutique mise en présence de l'idée pathogène. Cet état de résistance doit provenir, selon toute probabilité, de l'intégrité fonctionnelle des cellules nerveuses volitives : celles-ci actionnent les centres représentatifs, c'est à dire des mémoires diverses servant à constituer l'idée thérapeutique; cette idée interrompt le courant pathogène formé dans des centres psychiques voisins.

Il serait intéressant de savoir si cet état est analogue à celui du sommeil somnambulique avec amnésie au réveil. D'autre part, dans l'état hypnagogique, les centres psychiques étant découronnés, il arrive souvent qu'une idée devient envahissante. On attribue alors à certains faits ou à certains mots une valeur démesurée.

Dans ce cas, le traitement du malade pourrait porter sur le renforcement de la volonté dans le sommeil lui-même. En effet, si par elle il peut supprimer la crise à l'état de veille, il en est incapable pendant le sommeil, où la volonté est atténuée. Ce que l'on sait aujourd'hui sur les rêves et sur l'état hypnagogique permet d'admettre qu'en faisant lui-même l'éducation de sa volonté dans le sommeil, c'est à dire en s'habituant à s'analyser pendant qu'il dort, il pourrait peut-être éviter les crises comme à l'état de veille ou du moins les espacer. Mais tout dépend du coefficient de force neurique qu'il possède au moment de la crise; s'il est assez élevé pour qu'il puisse fournir à une émission parallèle, l'inhibition volitive pourra se produire, sinon la crise suivra son cours. Si X... sort quelquefois vainqueur de l'épreuve, c'est qu'en fait, il n'a rien à redouter : il subit une *illusion;* X... est un masturbateur. L'onaniste provoque la fatigue de ses centres nerveux non seulement par l'ébranlement dû à l'excitation génésique, mais par la représentation violente des évocations féminines ou masculines, suivant les cas. L'acuité de cette représentation correspond à l'acuité de l'excitation génésique, la tension neurique et psychique atteint son maximum. L'onanisme est une excellente école d'automatisme psychique par la création, d'abord volontaire de représentations vives, de mémoires fortes, qui peuvent atteindre jusqu'à l'obsession par la répétition, par la durée et par l'intensité. J'ajouterai

cependant que n'est pas masturbateur qui veut. L'onanisme est un équivalent d'impulsion très manifeste chez les dégénérés, les idiots, les épileptiques, les hystériques, etc. On le trouve dans l'enfance, la jeunesse et l'adolescence, surtout à la puberté, période d'évolution intermédiaire, où l'adolescent n'étant plus l'enfant, et pas encore l'adulte, peut être considéré comme un neutre, c'est à dire un être pathologique. On voit cette impulsion disparaître peu à peu, en raison de la puissance d'abstraction ou d'analyse du sujet, ainsi que de son développement physiologique.

L'onaniste est en puissance impulsive; il n'est pas rare de retrouver chez lui diverses autres formes d'impulsions, telles que l'onyxophagie, les phobies diverses, l'émotivité extrême, les obsessions, etc.

En résumé, nous avons affaire à un adolescent onaniste, ayant grandi très rapidement et qui, tout à coup, pendant cette croissance, a été atteint de crises épileptiques à aura psychique; il peut les supprimer quelquefois par la volonté ou par une impression sensorielle violente.

L'amnésie prouve que les crises sont épileptiques.

Il est permis de se demander si l'irritation des centres nerveux qui provoque ces crises n'est pas due à la fatigue puisqu'il y a coïncidence régulière entre toute fatigue et la production des attaques. Le traitement polybromuré à haute dose, qui a agi chimiquement sur les centres nerveux, et la gymnastique médicale, qui a diffusé la tension nerveuse vers les muscles, ont donné d'excellents résultats.

M. Vallon. — Dans la curieuse observation que M. Tissié vient de nous lire et qu'il intitule *épilepsie larvée,* je relève parmi les symptômes notés le suivant : « quand le malade est en train d'écrire, il lui arrive parfois de s'arrêter brusquement et de laisser échapper son porte-plume. » Il me semble qu'il s'agit là d'une véritable absence comitiale et dès lors je ne trouve pas justifié le qualificatif de *larvé* que M. Tissié donne au cas d'épilepsie qu'il a rapporté.

M. Régis. — Le fait rapporté par M. Tissié est intéressant. Il montre que, dans les cas de ce genre, la crise ne surprend pas toujours brutalement le malade, à la façon d'une brusque décharge électrique, puisqu'il a le temps de lutter contre elle, quelquefois efficacement.

J'ai observé un fait plus probant encore, puisqu'il s'agit d'une épileptique à attaques complètes, à type convulsif. Cette malade, déjà amélio-

rée par le traitement, peut dans la journée, par un puissant effort de volonté, surtout si elle est devant du monde, dominer ses attaques, au point qu'elle n'en a pour ainsi dire plus de diurnes. En revanche, elle en a encore la nuit et se montre désolée de ne pouvoir exercer sur elles la même action durant son sommeil.

M. Garnier. — Je viens, à ma grande surprise, d'entendre dire que l'épilepsie est soumise à l'action de la volonté. Cette opinion est en contradiction avec ce que nos maîtres nous ont enseigné. Je ne comprends pas qu'il y ait tant d'épileptiques dès lors qu'il suffirait de la volonté pour arrêter leurs crises.

M. Régis. — La remarque de M. Garnier serait fondée s'il ne s'agissait pas là de faits exceptionnels. Mais, quoique exceptionnels, ils n'en sont pas moins réels et, pour ma part, je suis certain et que la malade dont j'ai parlé est une épileptique, car j'ai assisté à une de ses crises dans mon propre cabinet, et que, par un effort de volonté, elle arrive le plus souvent à les maîtriser durant le jour (1).

M. Larroussinie. — Ne pourrait-on rapprocher de ces cas ceux où, comme chez un malade cité par Grasset, une ligature au bras, serrée à temps, empêche la crise?

M. Régis. — M. Larroussinie fait sans doute allusion aux cas où une ligature, placée sur le trajet d'une aura périphérique, arrête cette aura et supprime la crise. Mais, chez ma malade, il n'existe pas d'aura de ce genre.

M. A. PITRES. — L'automatisme ambulatoire dans ses rapports avec l'épilepsie.

On désigne sous le nom d'*automatisme ambulatoire* ou de *vagabondage impulsif* un épisode morbide survenant par accès, dans lesquels les malades, obéissant à une impulsion subite et irrésistible, quittent brusquement leur domicile, errent à l'aventure pendant un temps plus ou moins long, puis, l'impulsion ayant cessé, rentrent chez eux et y vivent tranquilles jusqu'à ce qu'un nouvel accès provoque une fugue aussi imprévue et aussi irraisonnée que la précédente.

On a cru pendant longtemps que tous les malades présentant cette série de phénomènes étaient des épileptiques. Mais des recherches récentes ont démontré que l'automatisme ambulatoire pouvait être sous la dépendance d'états psychopa-

(1) J'observe en ce moment une autre malade, une jeune fille, épileptique à crises nocturnes qui, réveillée en sursaut par les prodromes de son accès, peut souvent l'enrayer, ce que la famille appelle « réprimer ses secousses ». Pour ce faire, elle se maintient durant quelques minutes dans une immobilité absolue, en faisant de larges inspirations.

thiques variés, très différents les uns des autres, et que, même dans la majorité des cas, il était lié à d'autres névroses que l'épilepsie.

Pour bien comprendre l'état actuel de la question, il faut envisager les faits cliniques d'un point de vue général et chercher à préciser les caractères des fugues accomplies par les malades, quel que soit le déterminisme de ces fugues. Entre les cas les plus typiques d'automatisme ambulatoire et les formes les plus simples du besoin instinctif de déplacement, il existe, en effet, de nombreuses variétés qui méritent d'être étudiées avec le plus grand soin, ne fût-ce que pour arriver à les séparer nettement du véritable vagabondage impulsif.

I. — En se plaçant à ce point de vue, il faut tout d'abord signaler les fugues accomplies par les aliénés. Elles sont fréquentes et bien connues des spécialistes. Leur caractère le plus saillant, c'est qu'elles sont commandées par des hallucinations ou des conceptions délirantes ou qu'elles se produisent sous l'influence d'états d'excitation semi-maniaque. On les observe chez les hypocondriaques qui errent de ville en ville pour consulter les médecins en renom, chez des persécutés qui fuient leurs hallucinations, chez des illuminés qui vont répandre dans le monde leurs élucubrations insensées, chez des paralytiques généraux qui font parfois, pour les raisons les plus futiles, d'interminables pérégrinations, etc., etc.

Je n'insiste pas sur les faits de ce genre. Ils sont, je le répète, bien connus et n'ont, somme toute, avec les cas d'automatisme ambulatoire vrai que d'assez lointaines analogies.

II. — Il convient d'examiner avec plus d'attention un second groupe de faits dans lequel le besoin impérieux de marcher, de se déplacer incessamment, paraît être l'unique ou tout au moins le principal phénomène pathologique. Les sujets appartenant à ce groupe sont à peine des malades. Ils se trouvent sur les frontières, souvent si difficiles à fixer, qui séparent l'état physiologique de l'état pathologique. Ils présentent bien un certain degré d'instabilité mentale qui n'appartient pas à la santé morale parfaite, mais ils n'ont pas d'hallucinations, pas de conceptions délirantes, pas de stigmates des grandes

névroses. Ce sont des déséquilibrés qui ne peuvent tenir en place, voilà tout.

Ce groupe comprend trois variétés distinctes :

1° Les *déambulateurs simples.* Je range sous ce vocable un certain nombre d'individus qui sont pris, sans troubles psychiques nettement caractérisés, d'un besoin impérieux de marcher. J'ai ouï raconter, par un familier de la cour de Napoléon III, qu'un des fonctionnaires des Tuileries, qui était affligé de ce besoin irrésistible de déplacement, passait souvent des journées entières à marcher de long en large dans les couloirs du palais. Je ne puis garantir l'exactitude de ce récit; mais j'ai vu récemment un malade chez lequel ce phénomène de la déambulation irrésistible existe avec une netteté parfaite. Il s'agit d'un homme de soixante-treize ans (dont la mère est morte folle), qui a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de soixante-neuf ans. A cette époque et consécutivement à de grands chagrins de famille, il a commencé à ressentir des « chaleurs dans le dos », des « impatiences dans les muscles » et un besoin impérieux d'activité. Son intelligence paraissait normale, sa force musculaire était conservée; mais il ne pouvait rester en place. Il marche sans cesse, ne s'asseyant même pas pour manger. Il a chez lui un immense grenier, dans lequel il se promène toute la journée. Lorsque la nuit arrive, il se couche, dort généralement assez mal, et le lendemain matin, à peine habillé, il se remet à marcher dans son grenier comme les jours précédents. Cela dure depuis trois ans. Il en est très affligé et aurait eu, paraît-il, dans ces derniers temps, quelques idées de suicide. Mais il est resté très lucide et capable de gérer ses affaires.

2° La variété de vagabonds qu'on connaît dans les campagnes sous le nom de *trimardeurs* se compose en grande partie de demi-malades ayant, sous une autre forme, le besoin obsédant de se déplacer. Ils vont de village en village, vivant de mendicité et de petites rapines, ne travaillant jamais la terre. Ils dépensent pour assurer leur existence et pour accomplir leurs incessantes pérégrinations plus d'activité physique et d'application cérébrale qu'il ne leur en faudrait pour vivre tranquillement dans une ferme. Mais ils ne peuvent rester en place. Il faut qu'ils changent de résidence.

3° A côté des trimardeurs, il y a les *ouvriers errants.* Ceux-ci se distinguent des premiers par cela seul qu'ils exercent un métier. Ils s'en rapprochent parce qu'ils ne peuvent rester longtemps dans la même ville et qu'ils accomplissent d'invraisemblables pérégrinations. Je connais un de ces malheureux qui a fait ainsi, toujours à pied, plus de vingt fois le tour de la France. C'est un homme de cinquante-deux ans, exerçant la profession de relieur, fils d'un alcoolique invétéré et se livrant lui-même à de fréquents excès de boisson. Quand il arrive dans une ville, il se met en quête de travail. S'il n'en trouve pas, il part pour une autre ville à cinquante ou cent kilomètres de la première. S'il en trouve, il va très régulièrement à l'atelier jusqu'au jour de la paie. Aussitôt qu'il a touché quelque argent, il va au cabaret, s'enivre et, l'ivresse étant dissipée, au lieu de retourner chez le patron qui l'employait, il part pour une autre ville, à pied, vivant de mendicité, couchant à la belle étoile, heureux de respirer le grand air sur de longues routes, ne regrettant jamais la ville qu'il vient de quitter, n'éprouvant jamais de fatigue, ne se plaignant jamais de son sort.

III. — Nous arrivons maintenant aux fugues qui se produisent chez les névrosés, c'est à dire à celles qui appartiennent en propre à l'automatisme ambulatoire. Elles ont des caractères cliniques d'une très grande netteté : Le malade part tout à coup, sans motifs plausibles, sans raisons apparentes. Il quitte brusquement sa femme, ses enfants, sa famille. Il erre pendant un temps variable, dont la durée, parfois fort longue, peut atteindre plusieurs jours, voire même plusieurs semaines, indifférent à tout, assurant son existence par les besognes les plus vulgaires. Puis, à un moment donné, il reprend subitement la complète lucidité de son esprit et, sortant comme d'un rêve, il rentre honteux et confus à son domicile, où il reste tranquille jusqu'à ce qu'un nouvel accès se produise.

Cette fugue si spéciale, à caractères toujours identiques, était, ainsi que nous le disions en débutant, considérée jadis comme un accident épileptique. En réalité, elle se produit surtout et peut-être exclusivement chez des hystériques. Elle a, selon qu'elle est liée à l'une ou l'autre des grandes névroses, des manifestations symptomatiques un peu différentes.

1° Chez les neurasthéniques, elle paraît être surtout le résultat d'un accès d'aboulie, d'une défaillance subite de la volonté. Les malades de ce genre commencent habituellement à exécuter des fugues dès leur jeune âge. Ils partent de chez leurs parents, le plus souvent à la suite de petites contrariétés, quelquefois aussi sans cause connue. Ils marchent tantôt à l'aventure, tantôt avec l'intention d'atteindre un but déterminé. Ils conservent pendant toute la durée de leur escapade la conscience précise de tous leurs actes. Mais il y a dans leur état mental quelque chose d'anormal, car ils ne pensent pas à leurs parents, ils ne songent pas à leur écrire pour leur donner de leurs nouvelles. Comme il faut absolument qu'ils assurent leur existence, ils se livrent à des travaux souvent peu en rapport avec leur position sociale. C'est ainsi qu'un jeune homme de vingt-sept ans, dont j'ai publié l'observation, bien élevé, presque riche, s'était mis à charrier des pierres pour la confection d'une route.

Quand, après un temps plus ou moins long, ces malades retrouvent leur équilibre mental, ils se souviennent de tous les épisodes de leur fugue, de tous les détails de leurs pérégrinations. Si on leur demande pourquoi ils sont partis, ils répondent presque tous : « Je ne sais pas trop; j'ai eu une lubie; quelque chose m'a passé dans l'esprit; j'ai eu l'envie d'aller à tel endroit et, sans plus réfléchir, je suis parti. » Et si on leur demande comment ils ont pu laisser leurs parents dans l'angoisse sans leur donner signe de vie, ils disent : « C'est vrai; je n'y ai pas pensé; je n'ai pas eu l'idée de leur écrire. »

Dans les intervalles des accès, ils présentent parfois quelques signes de neurasthénie (céphalée, insomnie, rachialgie), ou même quelques symptômes physiques ou psychiques de dégénérescence. Aussi, M. Régis et M. Dubourdieu ont-ils proposé de grouper sous le nom de *dromomanie des dégénérés* les fugues accomplies par les malades de ce genre. Mais cette dénomination est passible d'un reproche sérieux. Le terme de « dégénérés » a pris dans ces derniers temps une telle extension qu'on peut l'appliquer à presque tous les sujets atteints de maladies mentales ou nerveuses; de telle sorte qu'il n'a plus de signification nosographique précise. Les hystériques, les épileptiques, les neurasthéniques sont, dans le langage

courant, des dégénérés, tout aussi bien que les aliénés et les déséquilibrés. La dégénérescence domine, comme élément étiologique général, toute la pathologie des centres nerveux, et par cela même ne peut servir à caractériser des espèces morbides bien définies.

2° Chez les hystériques, l'accès d'automatisme ambulatoire n'est rien autre chose qu'un accès de somnambulisme. Il est exécuté dans un *état second* analogue ou identique aux états hypnotiques provoqués. Les malades partent brusquement, après avoir été d'ordinaire soit inquiétés par des événements désagréables, soit préoccupés par des pensées obsédantes. Tout à coup, ils passent de l'état de veille normal à l'état somnambulique, et c'est dans cet état somnambulique que se produisent tous les phénomènes ultérieurs de la fugue. Aussi, quand ils reviennent à eux (c'est à dire quand ils repassent de l'état somnambulique à l'état de veille normal), ils n'ont plus aucun souvenir de ce qui leur est arrivé depuis le début de l'accès. Mais l'oubli n'existe qu'à l'état de veille. Et si on peut arriver à hypnotiser ces malades, ils retrouvent dans l'état d'hypnose provoquée les souvenirs qui leur manquaient à l'état de veille; de telle sorte qu'ils peuvent raconter alors tout ce qu'ils ont fait, tout ce qu'ils ont vu pendant toute la durée de leur accès d'automatisme ambulatoire.

Il existe actuellement dans la littérature médicale une douzaine d'observations dans lesquelles ces symptômes ont été très soigneusement étudiés. La réalité de l'automatisme ambulatoire hystérique est donc rigoureusement et incontestablement démontrée.

3° Nous arrivons aux *fugues des épileptiques*. Il existe une forme d'épilepsie, dite *procursive,* dans laquelle les malades présentent comme unique phénomène ou comme symptômes accessoires associés à des phénomènes convulsifs plus ou moins évidents, des impulsions automatiques à la déambulation. Quand ces impulsions surviennent, ils marchent droit devant eux, jusqu'à ce qu'ils se trouvent arrêtés par un mur, une porte ou tout autre obstacle infranchissable. Durant ces accès, ils se meuvent comme de véritables automates, ne répondant pas aux questions qu'on leur pose, insensibles aux excitations extérieures, inconscients de ce qui se passe autour

d'eux. Ils ne conservent ultérieurement aucun souvenir de la déambulation impulsive. Sans être très commune, cette forme de locomotion automatique præ ou post-convulsive est cependant assez fréquente pour que de nombreux cliniciens en aient observé et décrit des exemples. Il ne paraît y avoir aucun doute sur la légitimité de la doctrine qui la rattache au mal comitial et en fait un épisode symptomatique de l'épilepsie fruste ou larvée.

On a décrit également, sous le nom d'*automatisme ambulatoire épileptique,* des cas dans lesquels les malades, sans avoir jamais eu de convulsions ou de vertiges franchement comitiaux, exécutent des fugues prolongées tout à fait semblables à celles qui s'observent chez les neurasthéniques et les hystériques. Mais rien ne prouve d'une façon positive que, dans les cas de ce genre, l'épilepsie doive être mise en cause. *A priori,* il paraît même très difficile de l'admettre. L'inconscience complète, absolue, est, en l'état actuel de nos connaissances, le phénomène le plus général, le plus constant, le plus caractéristique des syndromes de nature comitiale. Or, quand un malade vit plusieurs jours ou plusieurs semaines hors de son domicile, quand il se procure, par la mendicité, le travail ou le vol, des moyens d'existence, quand il cherche le soir un abri pour y passer la nuit, quand il s'enquiert le jour du chemin qu'il doit suivre, il n'est évidemment pas dans l'état d'inconscience absolue que nous sommes habitués à constater dans l'épilepsie et à considérer comme un caractère fondamental des paroxysmes épileptiques. Quand on étudie, d'ailleurs, avec soin les observations publiées sous le titre d'*automatisme ambulatoire comitial*, on y trouve assez souvent des détails de nature à inspirer des doutes sur la légitimité du diagnostic. Ainsi, dans une observation due à M. le Dr Rolland et publiée dans la thèse de M. Tissié (obs. VII, p. 41), il est dit que le malade était sujet depuis l'âge de dix-sept ans à des crises convulsives, survenant d'ordinaire à la suite de contrariétés, et que M. le Dr Bouveret, ayant assisté à plusieurs de ces crises, les considéra non pas comme épileptiques mais comme hystéro-épileptiques, ce qui est bien différent. Dans une autre observation, rapportée également dans la thèse de M. Tissié (obs. VIII, p. 48), le malade donné comme épilep-

tique avait une anesthésie cutanée des régions cervicale, mammaire, abdominale, dorsale, etc., symptôme qui appartient plutôt à la série des stigmates hystériques qu'à celle des accidents comitiaux. De telle sorte que nous sommes amenés à nous demander si les grands accès typiques d'automatisme ambulatoire — ceux qui durent plusieurs jours ou plusieurs semaines — sont bien de nature épileptique, et contraints de déclarer, après un examen attentif des observations connues, que cela n'est pas encore démontré d'une façon certaine. Je dirais même, si j'osais exprimer toute ma pensée, que cela est peu vraisemblable. Toutefois, il se pourrait que, sans être à proprement parler un *équivalent épileptique,* le vagabondage impulsif fût, dans quelques cas, associé à l'épilepsie et indirectement provoqué par cette névrose. L'ictus comitial est, en effet, suivi parfois de perturbations psychiques prolongées dont les manifestations sont extrêmement polymorphes. Il ne serait pas impossible que, sous son influence, il se développât quelquefois un *état second* identique ou tout au moins analogue à l'état de somnambulisme dans lequel se produisent les fugues des hystériques. Pour confirmer ou infirmer cette hypothèse, il faudrait savoir tout d'abord si la mémoire se comporte après les fugues des épileptiques comme après celles des hystériques, c'est à dire si le souvenir des événements accomplis pendant leur durée et aboli après le retour à l'état normal est susceptible de reviviscence complète dans l'état de somnambulisme provoqué. Il n'existe malheureusement pas (à ma connaissance, tout au moins) une seule observation d'automatisme ambulatoire dit *comitial,* dans laquelle cette recherche ait été faite. Jusqu'à plus ample informé, il convient donc de rester sur la réserve et de n'accepter que sous bénéfice d'inventaire l'opinion des auteurs qui décrivent une forme spéciale et autonome de vagabondage impulsif de nature épileptique.

M. Doutrebente. — On a beaucoup parlé d'épilepsie larvée dans cette discussion, mais on ne paraît pas l'envisager exactement comme le faisait Morel. Pour Morel, dont les idées à cet égard ont été surtout recueillies par ses élèves, l'épileptique larvé, inséparable au point de vue de l'étude de son ascendance et de sa descendance, était un malade en puissance d'une épilepsie qui, d'abord latente et donnant lieu à des trou-

bles psychiques variés, devait tôt ou tard se manifester par une attaque convulsive.

Les faits de ce genre sont assez rares. En voici un, tel que le comprenait Morel.

M. X... me fut adressé par un confrère pour un accès de manie aiguë. Cet accès de manie fut absolument transitoire, car au bout de deux jours le malade était calme, lucide et réclamait sa sortie, à laquelle je m'opposai, pour plus ample observation. J'appris que ce malade avait déjà eu antérieurement des accès de manie de ce genre, très courts, se reproduisant à des époques variables, quelquefois remplacés par des actes imprévus et bizarres. Un jour, par exemple, se promenant avec sa mère, il aperçoit un paysan gardant des chèvres. Il se précipite sur une chèvre et la frappe; le paysan s'interpose et le roue de coups. Il ne put dire pourquoi ni comment il avait frappé la chèvre. Un autre jour, prenant une leçon d'armes, il quitte brusquement la salle, court à travers la ville, arrive sur le pont et se jette de là dans la Loire, tenant toujours son fleuret à la main. On le retira de l'eau sain et sauf. Une nuit, enfin, il se jeta par sa fenêtre en glissant le long de son drap. Le drap étant trop court et n'atteignant qu'au premier étage, il tomba violemment sur le sol. Quinze jours plus tard, il entrait à l'Asile.

En présence de tels actes et de la perte de souvenir qui s'ensuivait, je considérai le malade comme un épileptique larvé. L'avenir me donna raison, car dix ans après, un de mes confrères put constater chez lui une attaque convulsive caractéristique.

Un autre fait que je puis citer se rapporte à un épileptique vagabond. A ce propos, je dois dire que le diagnostic entre les fugues des hystériques et celles des épileptiques me paraît être parfois difficile et j'avoue n'avoir pas été tout à fait convaincu par les arguments et les exemples présentés par M. Parant, dans son excellent rapport. Je crois, avec M. Pitres, que certains vagabonds, considérés comme épileptiques, sont plutôt des hystériques. Singuliers épileptiques, en effet, que ces malades qui se mettent à marcher durant des journées, évitant les obstacles, passant les rivières sur les ponts, s'arrêtant aux auberges pour manger!

Le malade dont je veux parler était un jeune homme de vingt-sept ans, employé d'administration qui, un dimanche, partit pour une promenade à la campagne. On sut qu'il avait manqué le train, mais personne n'avait plus entendu parler de lui lorsque, à quelque temps de là, la police belge le trouva mort d'inanition sur un chemin, ayant en poche son adresse et deux ou trois cents francs d'argent.

Ce jeune homme avait été jusque-là bon employé, mais taciturne. Ses camarades avaient remarqué, en jouant avec lui, qu'il avait des absences singulières. Il lui arrivait de ne plus savoir qu'il avait des cartes à la main et de les laisser tomber.

C'est là, je crois, un cas d'automatisme ambulatoire épileptique. Les hystériques n'agissent pas ainsi et, dans leurs fugues, ils s'arrangent toujours pour ne pas mourir de faim.

M. Larroussinie. — Le qualificatif de « larvée » donné à l'épilepsie

n'est pas heureux. Qu'y a-t-il de larvé, par exemple, dans le cas d'un épileptique voyageur qui va de Bordeaux à Paris en évitant les obstacles, en s'arrêtant pour prendre ses repas, etc. ? Est-ce que les centres psychiques ne sont pas exaltés en ce cas? D'un autre côté, voilà un homme qui souvent, à l'état normal, se fatigue très vite et qui marche de longues heures sans s'arrêter. Est-ce que les centres moteurs ne sont pas aussi exaltés? Donc, centres psychiques et centres moteurs exaltés. C'est là le tableau non d'une maladie *larvée,* mais de l'épilepsie absolue, essentielle. On devrait la nommer *épilepsie psycho-motrice.* La question a une certaine importance au point de vue médico-légal, car les juges, les jurés pourront croire que l'épilepsie dite *larvée* est moins grave qu'elle ne l'est réellement et hésiteront souvent à frapper un accusé.

M. J. Voisin. — M. Pitres a soulevé la question de l'hypnotisation chez les épileptiques. Je déclare n'avoir jamais pu endormir un épileptique. Ce qui caractérise l'épileptique, c'est qu'après ses fugues, il ne se rappelle à peu près rien. Son état est en quelque sorte semblable à celui du petit mal dans lequel il a conscience de ses actes au moment présent, mais n'en garde aucun souvenir lorsque l'accès est terminé.

M. Doutrebente. — Je n'ai jamais pu, pour ma part, hypnotiser un aliéné, même hystérique. Je demanderai à M. Voisin s'il a endormi, lui, de véritables aliénés, hystériques ou non, car dans ce cas, je ne vois pas pourquoi on n'endormirait pas aussi des épileptiques.

M. J. Voisin. — Je répète que je n'ai endormi que des hystériques, jamais des épileptiques, qui ne sont pas hypnotisables ou qui ne le sont que lorsqu'ils présentent en même temps des signes d'hystérie. J'ai endormi, par contre, un grand nombre d'hystériques. Je rappellerai, entre autres, l'histoire bien connue de V..., endormi à Paris par un individu qui lui suggéra de faire le service militaire à sa place et qui se réveilla à Rochefort, au moment où on lui commandait une manœuvre. V... est resté six mois dans mon service; je l'ai endormi bien des fois et j'ai pu constater sur lui que la prétendue action des médicaments à distance était surtout une affaire de suggestion.

M. Régis — Il me paraît que, dans la discussion actuelle, il y a surtout une querelle de mots. M. Doutrebente demande à M. Voisin s'il croit possible d'endormir des aliénés, même hystériques, et M. Voisin lui répond en lui citant des cas d'hystériques non atteints, à proprement parler, d'aliénation mentale.

M. Ballet. — Il y a quelques années, M. Voisin apporta à la Société médico-psychologique une communication importante sur l'hypnotisation chez les aliénés. Après discussion, une commission, dont je faisais partie, fut nommée et se transporta à la Salpêtrière, où M. Voisin nous montra, dans son service, des malades qu'il avait endormies. Ces malades — laissons de côté ce mot d'*aliéné* qui ne signifie rien — étaient atteintes de mélancolie et présentaient des symptômes d'hystérie. On avait pu les endormir, quoique mélancoliques, parce qu'elles étaient hystériques.

M. Vallon. — J'ai essayé pendant deux ans, à Sainte-Anne, d'hypnotiser des aliénés, maniaques, persécutés, etc., jamais je n'ai pu y

parvenir. J'ai réussi seulement chez quatre sujets, qui étaient des hystériques, avant tout des hystériques. Si on ne peut hypnotiser un aliéné, c'est qu'il est impossible de fixer son attention.

M. Voisin. — Pour qu'un aliéné puisse être endormi, il faut sans doute qu'il présente un terrain hystérique. J'ai essayé, à Bicêtre, d'endormir des persécutés et des maniaques chroniques indemnes d'hystérie et je n'y suis pas parvenu.

La séance est levée.

SÉANCES DU 5 AOUT (MATIN ET SOIR)

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr JOFFROY, PRÉSIDENT
ET DE MM. GILBERT BALLET ET GARNIER, VICE-PRÉSIDENTS.

Sommaire. — Travaux divers (1) :

I. *Médecine expérimentale; Histologie.* — MM. JOFFROY et SERVAUX : Nouveau procédé de mensuration de la toxicité des liquides par la méthode des injections intra-veineuses; application à la détermination de la toxicité des alcools. — M. REGAUD : Sur la technique de la coloration des cellules nerveuses par le bleu de méthylène (méthode d'Ehrlich).

II. *Paralysie générale; Maladies organiques du système nerveux.* — MM. KLIPPEL et DUMAS : Des paralysies vaso-motrices dans leur rapport avec l'état affectif des paralytiques généraux. Discussion : MM. Charpentier, Klippel. — M. LAGRANGE : Contribution à l'étiologie de la paralysie générale progressive. Discussion : M. Régis. — M. A. DUBREUILH : Phénomènes hystériques dans le cours d'une paralysie générale chez un homme, ayant marqué le début d'accidents méningitiques aigus. Discussion : MM. Garnier, Régis. — MM. BRIAND et ISCOVESCO : Sur le signe du cubital dans la paralysie générale. — M. AUG. VOISIN : Altération des cellules cérébrales dans la folie vésanique et dans la paralysie générale des aliénés. — M. MARINESCO : Syringomyélie primitive et syringomyélie secondaire. Discussion : M. Roth. — M. MARINESCO : Séance de projections de préparations microscopiques des divers types de sclérose de la moelle et de syringomyélie. — MM. LANNOIS et TOURNIER : Deux faits cliniques : 1° cécité verbale sans cécité littérale et sans hémianopsie; 2° hémianopsie d'origine hystérique chez un trépané atteint de crises épileptiformes.

(1) Les deux séances de la dernière journée scientifique du Congrès ont été consacrées à la lecture ou à la présentation des *travaux divers*. Au lieu de conserver pour la reproduction de ces travaux la division en séances et l'ordre artificiel dans lequel ils ont été communiqués, il nous a paru préférable de les grouper par analogie de sujets traités. Le classement adopté n'est bien entendu qu'un simple classement de circonstance, uniquement fait en vue de la clarté de l'ouvrage et de la commodité des recherches.

III. *Aliénation mentale.* — M. Pailhas : États monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de la propriété; leur intérêt au point de vue médico-légal. — M. Mabille : Torticolis mental chez un dégénéré héréditaire. — M. Vigouroux : Contribution à l'étude de la céphalométrie chez les aliénés. — M. Devay : De la mélancolie chez les syphilitiques.

IV. *Névropathies et névroses.* — M. Sollier : L'anorexie mentale. Discussion : MM. Charpentier, Doutrebente, Régis, Garnier, Sollier. — M. Maurice de Fleury : Pathogénie de l'épuisement nerveux. — M. Régis : Neurasthénie et artério-sclérose. Discussion : MM. Régnier, M. de Fleury, Larroussinie, Régis. — M. Foveau de Courmelles : La neurasthénie et son traitement électrique. — M. Chabbert : Trois cas de chromidrose jaune chez trois membres d'une même famille (neurasthénie, hystérie). — M. Lagrange : Un cas de chorée hystérique guéri par la solanine. — M. Charon : Du traitement de l'épilepsie par l'opium et le bromure (méthode de Flechsig). — M. Roubinovitch : Démence juvénile avec athétose double. — M. Brandeis : Un cas d'athétose double débutant chez l'adulte.

V. *Traitement.* — M. Paul Delmas : De l'intervention médicale en hydrothérapie, dans son application aux maladies nerveuses. — M. Verrier : De l'aquapuncture et d'un procédé de rééducation des muscles dans l'incoordination motrice des membres supérieurs. — M. Bérillon : Action complémentaire de la suggestion hypnotique dans le traitement de l'ataxie locomotrice. — M. Tissié : Traitement des phobies par la suggestion (rêves et parfums) et par la gymnastique médicale.— M. Toy : Note sur l'emploi du chlorhydrate d'apocodéine dans l'excitation maniaque. — M. Piéchaud : Interventions chirurgicales chez les aliénés. — M. Deschamps : Note sur un projet d'Asile spécial pour les alcooliques.

VI. *Médecine légale.* — M. A. Giraud : De l'appel des jugements correctionnels frappant des individus reconnus aliénés seulement après leur condamnation. Vote d'un vœu par le Congrès. — M. Larroussinie : De la dissimulation chez les aliénés.

I

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE — HISTOLOGIE

MM. A. JOFFROY et R. SERVEAUX. — **Nouveau procédé de mensuration de la toxicité des liquides par la méthode des injections intra-veineuses; application à la détermination de la toxicité des alcools.**

Ce travail, comme son titre l'indique, a un double but. En premier lieu, nous avons cherché à modifier pour le préciser un des modes d'investigation dont se servent fréquemment les physiologistes et les médecins : la méthode des injections intra-veineuses appliquée à la mesure de la toxicité des liquides. En second lieu, nous avons employé le procédé que nous avons imaginé pour rechercher la toxicité des alcools.

Comme c'est à propos de cette seconde question que nous avons été amenés à examiner la première, nos deux sujets se trouvent nécessairement liés d'une façon intime. Cela ne retire rien, nous avons soin de le montrer, à la généralité de nos conclusions sur les procédés des injections intra-veineuses communément employés ni aux modifications que nous leur apportons.

La notion de toxicité des différents alcools, y compris même l'alcool de vin le plus pur, est une notion absolument admise par tous les médecins; et, depuis les indications de Rabuteau, vérifiées, complétées et établies sur une base tout à fait scientifique par Dujardin-Beaumetz et Audigé, on possède des nombres représentant cette toxicité[1].

Il nous a paru cependant intéressant de reprendre cette mesure de la valeur toxique des différents alcools et des principales impuretés qu'on rencontre dans les alcools commerciaux.

MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, et après eux presque tous les auteurs qui se sont occupés de la question, délaissant presque complètement la voie veineuse, avaient, en effet, introduit les alcools expérimentés dans l'organisme des animaux choisis comme réactifs soit par la voie stomacale, soit par injections sous-cutanées ou encore par injections intramusculaires.

Mais M. Bouchard a très justement et d'une façon très complète montré combien ces manières de procéder étaient défectueuses lorsqu'on veut déterminer exactement le degré toxique d'une substance quelconque.

Aussi, désirant reprendre cette question de la toxicité des alcools afin de l'établir sur des bases aussi certaines que possible, il nous fallait employer la voie intra-veineuse, la seule susceptible d'une rigueur scientifique satisfaisante.

(1) Rappelons ici les équivalents toxiques indiqués par MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé :

Alcool méthylique	7 grammes.
— éthylique	7 gr. 75
— propylique	3 gr. 75
— butylique	1 gr. 85
— amylique	1 gr. 50 à 1 gr. 60
Aldéhyde	1 gr. à 1 gr. 25
Acétone	5 grammes.

Mais nous avions à surmonter un certain nombre de difficultés, si réelles que tout récemment, dans la séance de l'Académie de Médecine du 30 juillet 1895, MM. Magnan et Laborde ont reproché à M. Daremberg de déduire des conséquences d'une méthode qu'ils considèrent dans ce cas particulier comme peu précise. M. Magnan critique la voie suivie pour l'introduction de l'alcool (voie intra-veineuse) et M. Laborde, en outre, reproche de son côté le choix de l'animal soumis à l'expérience, le lapin, comme étant trop sensible à l'action de l'alcool.

Nous espérons montrer, chemin faisant, que cette double critique, qu'on pourrait également nous adresser, est sans fondement et que les toxicités que nous avons mesurées pourront servir de base aux travaux ultérieurs qu'on pourra faire sur la question.

Si nous nous sommes adressés à la voie intra-veineuse, c'est parce que, comme nous venons de le dire, c'est la seule suffisamment exacte (M. Bouchard); mais nous avons modifié le procédé généralement employé pour les injections intra-veineuses, parce qu'il peut donner lieu à des erreurs. Notre manière d'expérimenter nous paraît irréprochable, nous allons l'exposer en premier lieu.

Les injections au moyen de seringue sont aujourd'hui à peu près abandonnées et presque tous les expérimentateurs suivent la technique indiquée par M. Bouchard et ses élèves [1]. Ils emploient l'appareil de Roger, dans lequel le liquide est poussé dans le système circulatoire par la force élastique de l'air comprimé à l'aide d'une poire de caoutchouc. Cette pression varie malheureusement à chaque instant et dans des proportions assez notables, ce qui donne des vitesses d'injection différentes suivant l'instant considéré et, comme nous l'avons vérifié, vicie les résultats.

Il nous fallait donc, pour bien faire, recourir à un appareil susceptible de donner une pression constante, par suite une vitesse d'injection elle-même constante et mesurable.

Le siphon employé par un certain nombre d'expérimen-

(1) Roger. — La technique des injections intra-veineuses *Presse médicale*, 13 janvier 1894).

tateurs, entre autres par M. J. Voisin [1], ne nous satisfaisait pas non plus complètement ; car, d'une part, la pression varie et diminue à mesure que le liquide s'écoule et on ne peut songer à rétablir le niveau supérieur constamment le même sans des difficultés expérimentales assez grandes ; et, d'autre part, on ne peut pas connaître à un moment déterminé quelconque la vitesse de l'injection.

Nous avons donné une *solution mathématique* à ces desiderata en remplaçant, dans l'appareil de MM. Voisin et Petit, le vase supérieur par un flacon de Mariotte.

Par cette modification, nous assurons une pression égale et par suite un *débit absolument constant* du commencement à la fin d'une expérience en laissant notre flacon de Mariotte immobile ; on sait que, quelle que soit la quantité de liquide écoulé, la pression ne varie pas, que le flacon se trouve plein, à moitié rempli seulement ou presque vide.

De plus, nous pouvons mesurer la vitesse du débit à un moment quelconque en comptant le nombre de bulles qui entrent dans le flacon pendant un temps déterminé, une minute par exemple [2].

Enfin la pression reste constante dans l'appareil ; mais elle peut varier, et le plus souvent elle varie, dans le système circulatoire de l'animal, soit par un excès de liquide, soit en raison de phénomènes vaso-moteurs que nous ne pouvons pas prévenir. Aussi avons-nous soin de placer notre flacon de Mariotte sur une planchette suspendue à une potence graduée, planchette que nous pouvons abaisser ou élever à volonté, au moyen d'un cordon qui la tient suspendue et qui passe sur une poulie située en haut de la potence. Nous pouvons ainsi rétablir à chaque instant l'excès initial de la pression du liquide à injecter par rapport à la pression sanguine intra-veineuse et, par suite, obtenir, quelles que soient les variations de la pression intra-veineuse, une même vitesse d'injection,

(1) J. Voisin. — Congrès des Aliénistes de la Rochelle, 1893.

(2) Pour une même vitesse du débit, le nombre de bulles varie, il est vrai, avec la hauteur du liquide dans le flacon de Mariotte. Il est aisé de dresser mathématiquement une table donnant le nombre de bulles correspondant à une vitesse donnée et aux différents niveaux du liquide dans l'appareil pour un flacon déterminé. Mais expérimentalement, comme ces variations sont assez faibles, nous nous sommes assurés qu'on n'a pas, en général, besoin d'en tenir compte et qu'on peut les négliger.

mesurée, nous le rappelons, par le nombre de bulles d'air entrant dans le flacon de Mariotte.

De ce flacon part, comme dans l'appareil de M. Voisin, un tube de caoutchouc auquel est fixée l'aiguille qu'on introduit dans la veine de l'animal; mais nous supprimons l'index de verre destiné à voir s'il passe de l'air, parce que l'on peut très bien se débarrasser de cet air au moyen de quelques précautions simples.

Sans décrire les détails de l'expérimentation qui nous entraîneraient trop loin, il nous suffit d'avoir montré qu'avec notre appareil nous pouvons injecter, du commencement à la fin d'une expérience, une quantité de liquide aussi grande que nous voudrons, avec une pression déterminée et une vitesse bien définie, toujours la même, que nous pourrons choisir à notre gré.

Pour mesurer la quantité de liquide injectée, nous avons renoncé à nous servir de la graduation du flacon de Mariotte, les erreurs de lecture donnant des erreurs relatives trop fortes quand on n'injecte qu'une petite quantité de liquide.

Il est bien préférable de peser le lapin avant et après l'expérience, en tenant compte de la quantité d'urine émise, s'il y a lieu. On arrive ainsi facilement à avoir le nombre de centimètres cubes de liquide injectés, ce qui est très suffisant.

En possession de notre appareil, nous avons donc repris, en mai dernier, la question de la toxicité des alcools et nous avons injecté d'abord de l'alcool éthylique étendu d'eau dans une proportion déterminée à un certain nombre de lapins. Nous injections généralement de l'alcool à 10 °/₀; nous avons fait varier le titre de la solution, mais après de nombreux essais, nous avons reconnu que ce degré de dilution était le plus favorable.

Il est inutile de dire que nous avons mis à profit toutes les remarques faites par nos devanciers : nécessité d'une vitesse convenablement choisie, d'une température égale ou peu différente de celle de l'animal soumis à l'expérience..... Nous avons suivi aussi exactement que possible toutes les recommandations dont nos prédécesseurs ont montré l'importance, mais nous n'insistons pas ici sur tous ces points, qui sont bien connus.

Nous nous attendions, avec un appareil qui, en somme, est aussi parfait que possible, à avoir des nombres comparables dans toutes nos expériences; aussi, grande a été notre déception en constatant qu'il n'en était malheureusement pas ainsi.

La quantité d'alcool éthylique pur nécessaire pour tuer 1 kilogramme de lapin (équivalent toxique) s'est trouvée, en effet, successivement égale à 4gr32 — 8gr92 — 7gr26 — 12gr18 — 6gr53 — 8gr44 — 4gr90 — 7gr54, — variant par conséquent de 4gr32 à 12gr18, c'est à dire environ du simple au triple.

Nous ne pouvions songer, dans ces conditions, à faire des moyennes qui n'auraient évidemment eu aucune signification. Et la différence de résistance des lapins avec la race, le poids, l'âge, etc., que les détracteurs de cette méthode des injections ont si souvent invoquée, ne nous semblait pas pouvoir expliquer ces énormes fluctuations.

Ayant dû injecter dans une expérience 12gr18 d'alcool éthylique par kilogramme pour arriver à la mort d'un lapin, nous pensions que ce chiffre, en admettant même qu'il pût être un peu fort, étant donné un animal vigoureux et très résistant, ne devait pas être éloigné de la vérité et nous nous demandions pourquoi nos autres lapins étaient morts si rapidement [1].

La réponse à notre question nous a été donnée par la nécropsie des animaux, qui nous a montré des coagulations dans le système artériel et veineux, suffisantes pour amener la mort sans qu'il soit besoin d'y ajouter une toxicité quelconque.

D'ailleurs, nous n'étions pas les premiers à constater ces faits et ils ne sont pas spéciaux aux injections de liquides alcooliques.

M. Hayem les signale pour les injections de sérum qui provoquent des coagulations dont il décrit trois variétés :

1° Les caillots par stase qui se forment dans les points où la circulation sanguine est ralentie ou arrêtée;

[1] Dès ces premières expériences, nous avions reconnu que l'équivalent toxique indiqué par M. Bouchard (3 c. c.) était trop faible, car non seulement toutes nos doses mortelles avaient été beaucoup plus élevées, mais nous avions eu en outre un animal ayant reçu 4gr85 par kilogramme et ayant survécu. Après quelques accidents, entre autres des accidents d'épilepsie violente, l'animal s'est rétabli complètement et se porte bien.

2° La précipitation granuleuse qu'on obtient, par exemple, en injectant au chien du sérum de bœuf ou de cheval;

3° La coagulation en masse occupant le cœur droit et les vaisseaux y attenant.

MM. Ballet et Roubinovitch signalent également ces coagulations dans leur travail sur la toxicité de l'urine des mélancoliques. Comme ils ont eu le soin d'indiquer le résultat des nécropsies, nous relevons sur les 11 examens qu'ils ont fait 1 fois, et 1 fois seulement, l'absence de caillots dans le cœur; 5 fois ils notent la présence de caillots dans le ventricule droit, et 5 fois ils en ont trouvé dans les deux ventricules.

Ces auteurs n'insistent pas sur le fait et ils ne l'auraient pu, du reste, sans être fatalement amenés à conclure qu'ils n'avaient pas mesuré la toxicité réelle des urines expérimentées, la mort des animaux arrivant plus ou moins tôt dans le courant d'une expérience, suivant les points où les coagulations se produisent, ce qui reste livré au hasard. Aussi MM. Ballet et Roubinovitch ne paraissent-ils pas eux-mêmes bien convaincus des résultats de leurs recherches et traitent-ils le procédé de « bien empirique », mais ils ne veulent pas « rejeter un moyen d'investigation qui peut, après tout, donner des résultats intéressants ».

Non seulement nous avons trouvé ces caillots avec l'eau alcoolisée, mais les injections d'eau pure n'en sont pas exemptes (1).

Ces coagulations, qui déterminent la mort du lapin, nous les avons trouvées très différemment localisées suivant les animaux.

Elles peuvent occuper les deux cœurs dont tout le sang est coagulé en masse ou ne porter que sur l'un des cœurs, de préférence alors le cœur gauche.

Au lieu de ces coagulations en masse, on peut avoir seulement des caillots multiples. On a alors fréquemment de gros

(1) Dans nos expériences, nous avons trouvé successivement comme équivalent toxique de l'eau 194 grammes, puis 220 grammes, nombres qui atteignent près du double de la valeur indiquée par M. Bouchard et ses élèves, 120 grammes. Dans le premier de ces cas, l'animal a survécu vingt minutes et l'autopsie n'a pas été faite. Dans le second, l'animal est mort immédiatement et nous avons trouvé des caillots multiples et volumineux dans les deux cœurs, dans l'artère pulmonaire et dans les premières divisions de cette artère.

caillots dans le cœur gauche, souvent même un gros caillot adhérent à la pointe du ventricule, et des caillots plus petits dans le cœur droit.

Nous avons aussi trouvé ces coagulations dans la crosse de l'aorte qui peut être oblitérée complètement.

Dans nombre d'expériences les caillots de l'aorte n'obturent cette artère qu'incomplètement, mais se trouvent aux points d'origine des gros troncs qui en partent et qui deviennent imperméables.

Nous avons cherché ces coagulations dans le poumon et nous avons constaté qu'on trouvait très souvent des caillots dans les gros vaisseaux, au voisinage du hile, région sur laquelle ont surtout porté nos investigations. Quant aux coagulations qui peuvent se produire dans les autres viscères, nous nous réservons de revenir ultérieurement sur cette étude.

Nous n'insisterons pas sur les différentes lésions qui existent chez les animaux morts par injections intra-veineuses : foyers d'apoplexie pulmonaire, congestion du foie et des reins, etc., elles ont été souvent décrites. Nous signalerons seulement l'ascite et l'hydropéricarde qui ne sont pas des choses rares, bien au contraire.

En résumé, nous voyons que ces coagulations ne se produisent pas seulement avec l'alcool, mais qu'elles se font encore avec le sérum (Hayem), avec l'urine (Ballet et Roubinovitch), avec l'eau, nous l'avons constaté nous-mêmes, et avec d'autres liquides.

Comme conclusion, nous serions donc amenés à dire que la méthode des injections intra-veineuses doit être rejetée toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un liquide qui, comme ceux que nous venons de nommer, peut amener la formation de caillots, car la mort du lapin va dépendre des lieux d'élection des caillots, lieux extrêmement variables, et par conséquent la mesure de la toxicité du liquide expérimenté va être livrée au hasard.

Il nous fallait donc éviter la production de ces caillots et nous avons pensé tout de suite à employer les sels anticoagulants : chlorure de sodium, sulfate de soude, etc., en commençant par le sel marin.

Nous nous sommes assurés que l'eau salée était peu toxique, car nous avons pu injecter, par kilogramme de lapin :

391 gr.	d'eau salée	contenant	5 gr.	de chlorure	de sodium	par litre.
504	—	—	7	—	—	—
322	—	—	15	—	—	—
130	—	—	50	—	—	—

Ces nombres nous montrent qu'il y a un optimum de concentration, ce qui se conçoit aisément : à faible dose le chlorure de sodium n'empêchant pas les coagulations, tandis qu'il devient toxique par lui-même s'il est en grande quantité (nous avons trouvé pour son équivalent toxique 6gr46).

Ces expériences nous démontrant la faible puissance nocive de l'eau salée quand elle n'est pas trop concentrée [1] et qu'elle n'est pas injectée en quantités énormes, ainsi que l'absence de coagulations avec ces sérums artificiels, nous avons ajouté du chlorure de sodium à nos solutions alcooliques.

Mais, avec l'alcool, nos caillots ont reparu, absolument comme ils se produisent quand on injecte l'urine qui contient cependant une dose assez forte de chlorures.

Nous avons répété les expériences, fait varier les titres des solutions salines, diminué les doses d'alcools, constamment ou presque constamment nous avions des coagulations.

Il est inutile de citer tous les chiffres (et ils sont nombreux) que nous avons obtenus. Ils varient entre 5,46 et 11,07.

Disons seulement que, d'une façon générale, ils sont plus forts que ceux que nous avions sans le sel.

Au cours de ces injections, nous avons été convaincus que l'équivalent toxique de l'alcool devait être élevé, comme nous l'avions pressenti au cours de nos premières expériences, car nous avons noté des survies assez longues chez des animaux en ayant reçu de fortes proportions.

Par exemple, un lapin a survécu cinq jours à une injection dans laquelle il avait reçu 8gr84 d'alcool par kilogramme et est mort d'une broncho-pneumonie étendue.

Mais, nous l'avouons, notre but n'était pas atteint, car pour

(1) Le lapin de la troisième expérience, qui a reçu par kilogramme 322 grammes d'eau salée à 15 °/o, a survécu et s'est rétabli complètement. Il est actuellement en bonne santé. Quant au lapin de la seconde expérience, on peut invoquer la mort, en quelque sorte mécanique, par écrasement des éléments (BOUCHARD).

éviter à coup sûr les coagulations, il faut mettre une quantité de chlorure de sodium telle que la solution saline devient elle-même très toxique.

Comme l'alcool et le sel n'agissent nullement de la même façon, on ne peut songer à mesurer la toxicité totale du mélange et, connaissant la toxicité du sel, en déduire celle de l'alcool.

Quelle relation y a-t-il entre la toxicité du mélange et la somme des toxicités de deux corps ayant une action si dissemblable? Nous l'ignorons et, encore une fois, notre méthode, qui nous a fait avancer un peu, mais bien peu, dans la question, devait être abandonnée à nouveau.

C'est alors que nous eûmes l'idée d'utiliser une remarque de Haycraft [1] qui avait signalé, en 1885, les propriétés anticoagulantes du liquide buccal de la sangsue officinale et qui avait montré qu'en injectant dans les veines d'un chien ou d'un lapin un extrait préparé avec trois ou quatre sangsues on ne détermine pas de troubles généraux bien appréciables, mais on constate que le sang est devenu incoagulable.

Haycraft se servait d'un extrait alcoolique de têtes de sangsues; après avoir employé sa technique, nous nous sommes assurés qu'il suffisait de faire une macération dans l'eau salée.

Pour préparer cette macération, nous détachons les tiers antérieurs des corps des sangsues; puis, après les avoir coupés en très petits morceaux, nous ajoutons de l'eau et du sel, nous laissons macérer environ de quatre à six heures et nous filtrons.

Il faut avoir soin de ne pas couper les sangsues trop loin ni de laisser macérer trop longtemps, sans quoi le liquide perd de sa fluidité et devient un peu visqueux, ce qui peut troubler les résultats.

Ayant préparé notre macération en mettant par litre d'eau huit sangsues et 8 grammes de chlorure de sodium, nous avons voulu voir si le liquide obtenu ainsi n'avait réellement pas de propriétés toxiques.

Nous avons pris un lapin de 2 kilogrammes environ (exactement 1,974 grammes) auquel nous avons injecté notre ma-

[1] HAYCRAFT. — *Birmingham med. Rewiev*, mai 1885.

cération de têtes de sangsues dans l'eau salée. Nous avons dû alors injecter pour amener la mort du lapin 1,183 grammes de liquide, soit 599gr29 par kilogramme de lapin.

En chiffres ronds, nous avons donc pu injecter 600 grammes du liquide précité par kilogramme d'animal, autrement dit nous avons pu injecter dans les veines de notre lapin près de dix fois la quantité de sang qui s'y trouvait primitivement.

Il est vrai que l'animal n'avait pas gardé tout le liquide injecté dans son système circulatoire, il avait uriné abondamment (350 grammes), surtout vers le milieu de l'expérience; mais la quantité d'eau restant dans le corps était encore de 850 grammes, c'est à dire de 425 grammes par kilogramme.

Ajoutons que nous avons fait cette injection avec la vitesse préconisée par M. Bouchard, soit dix centimètres cubes par minute, et que, par conséquent, elle a duré deux heures (exactement une heure cinquante-neuf minutes).

Nous étions donc bien en possession d'un liquide anticoagulant et non toxique ou du moins si peu toxique que, lorsqu'on en injecte même de grandes quantités, l'effet toxique produit est nul.

Nous avons alors pris ce liquide comme excipient, comptant bien ne plus voir réapparaître les coagulations et nous avons pu constater qu'il ne se produisait plus de caillots, alors même que l'alcool est en proportions assez fortes.

En appliquant cette méthode en premier lieu à l'alcool éthylique, qui est de beaucoup le plus important, nous avons obtenu successivement comme équivalent toxique de cet alcool :

12,65 — 12,18 — 11,69 — 10,32 — 10,51 — 11,99 — 12,48

ce qui donnerait, si l'on prenait la moyenne, 11,70. Ici, nous pouvons, en effet, parler de moyenne. Nos deux *nombres extrêmes* 10gr32 et 12gr65 ne donnent respectivement, dans notre évaluation de l'équivalent toxique, qu'une différence avec l'équivalent toxique moyen de 11,88 % pour le plus faible et de 8,12 % pour le plus fort; et la différence entre ces deux nombres extrêmes n'atteint pas 20 % (elle est exactement de 19,91 %).

Nous voilà loin des résultats provenant des expériences où

nous trouvions des caillots et où les différences entre les extrêmes étaient de 300 °/₀ (1).

Cette fois, nous pouvons, non pas seulement avec vraisemblance mais presque avec certitude, attribuer ces petites fluctuations à la résistance variable des animaux qui diffèrent par le poids, l'âge, l'état de santé, etc., choses que nous ne pouvons pas, que nous ne savons pas évaluer, mais qui, nous en sommes sûrs dès maintenant, ne sont capables de modifier que d'une façon légère les résultats de l'expérimentation.

En prenant des animaux du même âge, d'un poids sensiblement égal, ayant vécu dans les mêmes conditions, on pourrait encore rapprocher les chiffres extrêmes. Nous nous croyons donc dès maintenant autorisés à affirmer l'exactitude de notre méthode.

Nous ferons même remarquer, à ce sujet, que nous donnons notre série d'expériences sur l'alcool vinique parce que c'est la première qui naturellement s'est présentée dans notre étude; mais, pour d'autres corps, nous avons des limites encore plus resserrées. Nous n'avons pas voulu mettre ces résultats en évidence, croyant plus probant l'indication d'une série non choisie à dessein et présentée chronologiquement telle que l'expérimentation nous l'a donnée.

Ajoutons, de plus, que l'alcool éthylique, expérimenté dans cette série, n'est pas dans toutes les expériences de même provenance. C'est de l'alcool éthylique du commerce, c'est à dire à peu près pur, rectifié à peu près complètement. L'un de nos alcools était de l'alcool de grains, l'autre de l'alcool de topinambour, et on voit que les résultats sont identiques (2).

Passons maintenant à la série des alcools.

Trois alcools méthyliques du commerce, de provenance

(1) Dans ces premières expériences, nos nombres variaient de 1 à 3, ainsi que nous le rappelons ici. Nous pouvons rapprocher de ces variations celles observées dans des séries expérimentales faites par Masoin d'une part, où les nombres obtenus varient de 1 à 2,11 et par MM. Godart et Slosse, d'autre part, où ils varient de 1 à 2,52 (en ne tenant pas compte du nombre de 6,76 trouvé isolément). Ces deux séries d'expériences ont rapport toutes deux à la toxicité du sulfate de strychnine. (Masoin. *Archives de Physiologie,* 1895, p. 372.) En employant le même mode de comparaison que ces auteurs, on voit que, dans notre série d'expériences sans coagulation rapportée ci-dessus, nos nombres sont compris entre 1 et 1,22.

(2) Chimiquement l'alcool éthylique est identique à lui-même quelle que soit sa provenance. On voit que dans la pratique, bien qu'ils ne soient pas chimiquement purs, les alcools éthyliques d'où qu'ils viennent ont la même toxicité.

diverse, d'odeur différente très appréciable et de composition certainement un peu variable, ont fourni comme équivalent toxique (nous donnons ici les moyennes de nos séries d'expériences) :

Le premier	23,75
Le deuxième	26,75
Le troisième	25,55

ce qui donne 25,45 comme équivalent toxique moyen, avec un écart de 6,3 % pour le nombre qui s'en écarte le plus. Ce chiffre sera certainement modifié quand on étudiera l'alcool méthylique chimiquement pur.

Ici encore, si on considère que ces alcools méthyliques étaient loin d'être identiques, nous croyons que ces nombres sont assez éloquents par eux-mêmes pour nous permettre de ne plus insister maintenant et de donner, sans nouvelles explications, nos valeurs moyennes; car, nous le répétons, là encore nous n'avons pas une série avantageuse, nous pourrions citer telle ou telle série dont les nombres sont encore plus concordants.

D'après nos expériences, on trouve comme équivalents toxiques pour :

L'alcool propylique pur normal	3,40
L'alcool isobutylique	1,45
L'alcool amylique	0,63

Avant d'aller plus loin et de donner nos autres résultats qui ne feront que confirmer la présente remarque, nous pouvons répondre au reproche d'avoir choisi le lapin comme sujet d'expérimentation (nous comptons d'ailleurs poursuivre ces recherches sur les autres animaux).

Notre série d'équivalents toxiques pour les alcools qui se trouvent dans les alcools de fermentation, c'est à dire dans les boissons employées, va de 25,35 à 0,63 avec des nombres intermédiaires différents entre eux plus que du simple au double, c'est à dire très loin des limites d'erreurs de l'expérimentation que nous avons reconnues être moindres qu'un dixième.

On ne peut donc point nous reprocher la sensibilité du lapin qui nous permet aussi aisément de pouvoir négliger les petites variations dues à l'animal.

MM. Beaumetz et Audigé, qui avaient employé le chien et le porc, n'ont pas de ces différences frappantes et, si on consulte les données qu'ils nous fournissent, on se demande véritablement comment les bons et les mauvais alcools peuvent agir si différemment sur l'organisme, séparés qu'ils sont (d'après eux du moins) par des valeurs trop faibles pour pouvoir être appréciées aisément et paraissant dès lors avoir des toxicités sensiblement les mêmes.

Nous croyons avoir donné la preuve que notre méthode est bonne. Quant au choix de l'animal, nous pouvons aller plus loin et montrer, sans y insister pour le moment, que les résultats des contradicteurs de la voie intra-veineuse ne sont pas exempts de reproches et sont altérés par les mêmes causes d'erreur.

Nous voyons, par exemple, dans une autopsie d'un soldat mort en état d'ivresse (observation de Maurice Perrin, *in* thèse de Jaillet), le cœur et les gros vaisseaux contenant du sang mêlé de caillots. Voilà pour la voie stomacale.

Quant à la voie sous-cutanée, Jaillet donne lui-même une autopsie d'un chien mort à la suite d'une injection d'alcool sous la peau et dont le cœur et les gros vaisseaux sont remplis de sang contenant des caillots.

Nous aussi, nous avons voulu vérifier ces faits; nous avons injecté de l'alcool dans le péritoine de deux cobayes qui en sont morts, tous les deux ont présenté des caillots [1]. Mais, en outre, celui qui avait reçu le moins d'alcool (9 c. c.) n'a survécu à l'injection que cinq heures, tandis que celui qui en a reçu le plus (14 c. c.) a survécu près de quarante-huit heures et a présenté des convulsions nombreuses, fréquentes et très prolongées, tandis que le premier n'en avait pas eu.

Nous avons donc eu des différences et dans la résistance et dans les accidents observés.

Que dire, par conséquent, de la rigueur donnée soit par

[1] A ce propos, nous avons montré que ces coagulations n'étaient pas des phénomènes *post mortem*, parce que nous faisions toujours des autopsies immédiatement après la mort. D'autre part, nous avons plusieurs fois ouvert le cœur et les gros vaisseaux de lapins qui étaient sur le point de mourir à la suite d'injections d'alcool (voie intra-veineuse). Nous avons ouvert également un cobaye à l'agonie auquel nous avions injecté de l'alcool par la voie sous-cutanée et, dans tous ces cas, nous avons trouvé des caillots.

l'emploi du cobaye, soit par l'emploi des voies stomacales et sous-cutanées?

Certainement, en clinique, il faudra toujours se préoccuper des coagulations, et l'observation de M. Maurice Perrin le prouve, c'est de toute évidence; mais, nous l'avons déjà dit, elles gênent les mesures qui se trouvent de par leur fait livrées au hasard; expérimentalement, nous devons donc nous en débarrasser.

Revenant maintenant aux résultats de nos injections intraveineuses, nous voyons que si nous rapprochons nos nombres des formules chimiques :

ALCOOL	FORMULE	ÉQUIVAL. TOXIQUE
Méthylique	CH^4O	25,25
Éthylique	C^2H^6O	11,70
Propylique	C^3H^8O	3,40
Isobutylique	$C^4H^{12}O$	1,45
Amylique	$C^5H^{12}O$	0,63

nous voyons, disons-nous, que nos valeurs des équivalents toxiques satisfont entièrement à la loi que Rabuteau d'abord, puis Dujardin-Beaumetz et Audigé avaient énoncée, à savoir que la toxicité croît avec le point d'ébullition ou avec le nombre d'atomes de carbone compris dans la molécule, ce qui ne constitue que deux énoncés différents d'une même loi, puisque nous savons depuis longtemps qu'il y a une relation entre le point d'ébullition et la constitution pour la série homologue des alcools.

Or, cette loi présentait une exception, et une exception importante, puisque pour ces auteurs l'alcool méthylique, l'esprit-de-bois, avait une toxicité plus grande que l'alcool éthylique, son homologue supérieur. D'après nos recherches, au contraire, cette exception n'existe plus, l'alcool méthylique est moins toxique que l'alcool éthylique et la loi devient absolue.

Pour les composés très toxiques, si on ne les dilue pas de façon à injecter une assez grande quantité d'eau et, partant, une assez grande quantité d'hirudo, on peut voir les coagulations réapparaître, mais une très légère modification à la méthode permet de les éviter. Il suffit tout simplement de faire une macération de trois sangsues dans une petite quantité d'eau salée (à 8 ‰) — par exemple 120 grammes pour un

lapin — et d'injecter cette macération avant le produit soumis à l'expérimentation, le sang devient incoagulable et on se trouve dans des conditions aussi favorables que lorsqu'on injecte la sangsue et l'alcool ensemble.

Nous avons cherché encore les équivalents toxiques de substances qui sont contenues dans les alcools du commerce et de l'industrie.

L'aldéhyde, qui se trouve dans les alcools de tête et bout à 21°, nous a donné pour équivalent toxique 1,14 (1 à 1,25 d'après Dujardin-Beaumetz et Audigé).

Le furfurol, un aldéhyde se trouvant dans les alcools de queue et qui bout à 132°, est éminemment toxique et nous a donné des résultats d'une constance remarquable, il a pour équivalent toxique 0,24.

L'acétone, qui se trouve dans les alcools de tête et bout à 56°, a seulement un équivalent toxique de 5,27 (5 d'après Dujardin-Beaumetz et Audigé).

Nous avons jusqu'ici omis avec intention de donner le tableau clinique de nos expériences.

C'est qu'en effet, bien que présentant des ressemblances dans leurs caractères généraux, au moins dans le plus grand nombre de cas, elles diffèrent cependant assez pour que nous désirions reprendre cette étude plus complètement.

Disons pourtant que, tandis que l'alcool méthylique donne souvent des mouvements convulsifs étendus, fréquents, des attaques épileptiformes, l'alcool éthylique ne donne que des mouvements convulsifs à faible amplitude, presque constants, il est vrai, si l'alcool éthylique est pur; enfin, les alcools supérieurs plongent vite l'animal dans le coma, sans qu'il ait présenté aucun mouvement.

Si ces alcools supérieurs accompagnent l'alcool éthylique, même lorsqu'ils sont en très faible quantité, le coma arrive aussi, en général, sans aucun mouvement convulsif.

Cette toxicité des différents corps qui entrent dans la constitution des alcools du commerce et de l'industrie était du plus haut intérêt à déterminer, puisqu'elle permet de se rendre compte, étant donnée la constitution chimique d'un alcool, de son degré exact de nocivité.

Mais, pratiquement, notre méthode a le précieux avantage

de nous permettre de déterminer directement et rapidement le *degré exact* de toxicité d'un alcool quelconque, sans qu'il nous soit besoin pour cela d'une analyse chimique toujours longue, souvent incomplète, quelquefois douteuse; aussi l'avons-nous appliquée, à titre d'exemple, à quelques-uns des alcools de table communément employés.

Nous avons ainsi trouvé pour ces produits rangés par ordre croissant de toxicité :

	ÉQUIVALENT TOXIQUE
Cognac jeune (1894) authentique de provenance connue[1].	11,41
Armagnac vieux — — ...	11,10
Eau-de-vie de cidre (1894) — — ...	10,57
Marc de Bourgogne — — ...	9,84
Eau-de-vie de prunes (1894) — — ...	9,41
Kirsch des Vosges — — ...	8,40

On voit que la plus toxique de ces eaux-de-vie, qui sont cependant d'excellents produits du commerce, a une toxicité supérieure de 30 % à celle de l'alcool éthylique pur.

Nous avons voulu nous rendre également compte de la différence de toxicité des alcools suivant leur degré de rectification.

Un alcool de topinambour complètement rectifié, dont l'équivalent toxique était normal (11,70), nous a donné incomplètement rectifié 7,82 pour équivalent toxique. Mais cet alcool qui n'était pas, nous le répétons, complètement rectifié, l'était cependant assez pour être classé parmi les alcools de bourse ou commerciaux.

Un alcool de betterave, incomplètement rectifié, nous a également donné comme équivalent toxique 9,20, alors que les produits les plus nocifs étaient déjà enlevés.

Il nous a paru intéressant d'expérimenter les produits qui, dans l'opération complétant la rectification et amenant la toxicité normale, sont recueillis au début et à la fin; les produits de tête nous ont donné pour équivalent toxique 9,78 et ceux de queue 7,90.

(1) Nous avions, en outre, un vieux cognac authentique : un accident d'expérience nous a empêché de connaître exactement sa toxicité; mais, d'une façon générale, il nous a semblé que la toxicité augmentait pour un même alcool avec l'âge de cet alcool.

Évidemment ces nombres n'ont rien d'absolu et il serait curieux de faire des séries d'expériences, car la toxicité varie avec le moment où l'on prend l'échantillon(1).

Examinant ensuite la question de la toxicité de l'essence d'absinthe, nous nous sommes heurtés à une difficulté assez grande.

Nous avons dissous l'essence d'absinthe dans l'alcool, puis, étendant cette solution d'eau, nous l'avons injectée.

Mais, malheureusement, il faut injecter une assez grande quantité d'alcool, aussi est-on quelque peu incertain sur la toxicité exacte de l'essence d'absinthe, puisqu'on n'est pas absolument sûr que la toxicité du mélange soit la somme des toxicités des corps qui le constituent.

C'est si vrai, qu'en supposant cela exact pour un moment, si on calcule l'équivalent toxique de l'essence d'absinthe, on arrive, d'après nos expériences, à des résultats très concordants pour une même série, mais très distincts suivant qu'on dissout l'essence d'absinthe dans l'alcool méthylique ou dans l'alcool éthylique.

Avec le premier, l'essence d'absinthe paraît avoir un équivalent toxique égal à 0,90, tandis qu'avec le second il aurait pour valeur 0,25 et serait par conséquent sensiblement quatre fois plus élevé.

De plus, l'aspect clinique des expériences est tout à fait différent : avec l'essence d'absinthe et l'alcool méthylique, on a des attaques épileptiformes extrêmement violentes ; avec l'alcool éthylique et l'essence d'absinthe, on n'en a pas ou on a à peine quelques secousses convulsives.

Il y a là un phénomène digne d'être signalé et qui attirera à nouveau notre attention.

Quoi qu'il en soit, l'essence d'absinthe nous apparaît comme un produit très toxique, analogue aux plus toxiques, l'alcool amylique et le furfurol.

Cet équivalent toxique de l'essence d'absinthe, sur lequel

(1) MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé avaient trouvé dans cet ordre d'idées que, tandis qu'ils avaient pour équivalent toxique de l'alcool de pommes de terre brut 6,85, celui de l'alcool dit *dix fois rectifié* monte à 7,35.

Leur méthode avait donc peu de sensibilité, puisqu'elle ne donnait pas une différence de 7 %, et cependant les flegmes de pommes de terre sont ceux qui contiennent le plus d'alcool amylique.

nous ne sommes pas absolument fixés, n'a peut-être d'ailleurs qu'une valeur très relative, car cette essence entre pour bien peu de chose dans les absinthes du commerce et il est possible que les autres essences soient de beaucoup les plus importantes.

Dans tous les cas, nous pourrons aisément résoudre la question, grâce à notre procédé, et chercher non plus la toxicité de l'essence d'absinthe, ce qui n'a qu'un intérêt théorique, mais les toxicités des différentes absinthes du commerce, ce qui, au point de vue pratique et hygiénique, sera autrement important, et il sera non moins intéressant de rechercher les équivalents toxiques des différentes boissons alcooliques et apéritives employées.

Nous n'avons pas encore eu le temps d'étudier tous les points que nous aurions voulu élucider, mais nous sommes heureux de présenter un appareil et une méthode qui nous paraissent aussi exacts et aussi certains que possible, et qui permettent d'aborder avec fruit la question de la toxicité non seulement des alcools, mais encore celle des différents liquides, solutions ou extraits quels qu'ils soient, même s'ils sont susceptibles de déterminer des coagulations.

M. CL. REGAUD. — Sur la technique de la coloration des cellules nerveuses par le bleu de méthylène (méthode d'Ehrlich).

Depuis la découverte faite par Ehrlich, en 1886, de l'action colorante spécifique du bleu de méthylène sur certains éléments nerveux vivants, un grand nombre d'anatomistes, surtout à l'étranger, ont appliqué cette admirable méthode dans des conditions et sur des objets d'étude très divers. Plusieurs d'entre eux ont cherché à compléter les premières recherches d'ordre à la fois chimique et physiologique commencées par l'auteur de la méthode; néanmoins, jusqu'à ces derniers temps, la technique des préparations au bleu de méthylène est restée très défectueuse.

Depuis plus d'un an, dans le laboratoire de mon maître, M. le professeur Renaut, et aidé par lui, je m'occupe de la technique de la méthode d'Ehrlich. J'ai pu me convaincre par mon expérience personnelle que les renseignements pratiques, épars dans de nombreux mémoires histologiques, écrits pour la plupart en langue étrangère, sont incomplets et tout à fait insuffisants pour initier le débutant à l'emploi du bleu de méthylène.

D'autre part, une partie des perfectionnements importants dont cette méthode m'avait semblé susceptible viennent d'être récemment réalisés en Allemagne. Il m'a donc paru opportun, bien que nos recherches ne soient pas encore terminées, d'indiquer comment M. Renaut et moi nous employons la méthode d'Ehrlich, et de publier, en même temps que beaucoup de renseignements qui ne sont pas originaux, les modifications que nous lui avons fait subir (1).

La constitution chimique du bleu de méthylène pur a été élucidée en 1885 par Bernthsen. Ce bleu est le sel chlorhydrique de la tétraméthylthionine. Le bleu commercial vulgaire est un composé impur, et le plus souvent un sel double d'un métal et du bleu pur; il ne possède pas la propriété remarquable découverte par Ehrlich. Cette propriété paraît due, ainsi que l'a montré Ehrlich, au groupement spécial sulfureux qui constitue le noyau de ce corps; c'est ainsi que la thionine, la diméthyl-thionine symétrique, le méthylenviolet et le méthylenazur (sulfone du bleu de méthylène), composés qui ont tous le même noyau, peuvent, moins commodément, il est vrai, que le bleu de méthylène, se combiner avec le protoplasma nerveux.

Le bleu de méthylène pur, nécessaire pour la coloration nerveuse, est connu dans le commerce sous le nom de *Bleu BX*; il nous a été fourni par la maison Merck (de Darmstadt).

Les conditions nécessaires pour que la réaction colorée se produise entre la matière colorante et la substance nerveuse sont loin de nous être toutes connues; et sur ce point très important de la chimie physiologique des nerfs, il reste encore beaucoup à étudier. Ehrlich a mis en évidence la nécessité de la réaction alcaline de la substance nerveuse vivante et la présence de l'oxygène; après lui, les quelques auteurs qui se sont occupés de la question n'ont guère mis en avant que des hypothèses sur lesquelles nous ne pouvons insister ici. Il s'en faut de beaucoup que dans un organe déterminé toutes les cellules nerveuses se colorent; il est même des organes, comme le rein, où nos essais de coloration des terminaisons nerveuses n'ont pas plus réussi que ceux de nos devanciers. Il se fait avec la méthode d'Ehrlich, comme avec celle de Golgi et la méthode de l'or, une *sélection* dont nous ignorons la cause intime.

Lorsque le bleu de méthylène est mis dans de bonnes conditions au contact de la substance nerveuse, il est *réduit* par elle à l'état de combinaison incolore (leucobase). Si l'on expose alors la préparation au contact de l'oxygène (air atmosphérique ou substance oxydante), la combinaison incolore est souvent détruite (pas toujours) et la substance nerveuse se colore en bleu. La coloration augmente, atteint son apogée et

(1) Les renseignements relatifs à la méthode d'Ehrlich sont contenus dans un grand nombre de mémoires écrits pour la plupart en langue allemande; quelques-uns de ces mémoires ont trait à la technique pure; d'autres, plus nombreux, ne contiennent qu'incidemment des renseignements techniques. Le cadre de cette communication ne nous permet pas de passer en revue tous ces travaux. Ehrlich, Smirnow, Arnstein, Dogiel, S. Mayer, Apathy, Parker, Bœthe sont les auteurs des perfectionnements techniques les plus importants.

persiste pendant quelque temps, puis elle disparaît peu à peu, soit par la mort de la cellule nerveuse, soit pour une autre raison. Il s'agit là d'une série de phénomènes qui paraissent ne se produire que *pendant la vie du protoplasma.*

Ces préliminaires théoriques, que nous sommes obligés de réduire au strict nécessaire, étant posés, on se rend compte aisément que la confection de préparations histologiques *persistantes* comprend schématiquement trois temps principaux :

1er temps : Établir le contact entre les cellules nerveuses et le bleu de méthylène;

2e temps : Oxyder les éléments nerveux qui contiennent le bleu latent;

3e temps : Rendre persistante et définitive la coloration, c'est à dire la fixer.

Étudions maintenant en détail chacun de ces trois temps.

I

Le contact entre les cellules nerveuses et le bleu de méthylène s'obtient par deux procédés généraux :

A. — En faisant pénétrer le bleu de méthylène dans les vaisseaux de l'animal (*procédé par injection vasculaire,* le premier employé).

B. — En immergeant directement les pièces à colorer dans une solution de bleu : *procédé par imbibition* (Arnstein, Dogiel).

En règle générale, *le bleu de méthylène doit toujours être dissous dans un liquide inoffensif pour le protoplasma;* le plus souvent, on emploie la *solution dite « physiologique » de sel marin.*

H^2O	1,000 grammes
NaCl	6gr5 à 7gr5

dans laquelle le bleu BX se dissout en assez forte proportion (3 à 4 °/o à la température ordinaire).

Disons quelques mots d'abord du procédé direct par imbibition.

B. Procédé direct par imbibition. — Les premiers auteurs qui ont employé la méthode d'Ehrlich pratiquaient l'injection du bleu dans les vaisseaux de l'animal vivant. Arnstein, puis S. Mayer et A. S. Dogiel ont démontré que la coloration réussissait aussi sur un animal récemment tué, et même sur de petits fragments de tissus excisés. Dogiel, le premier, a coloré directement par quelques gouttes d'une solution faible de bleu des lambeaux de rétine étalés sur un porte-objet de verre; il a pour ainsi dire fait sienne cette méthode, qu'il a appliquée à des objets très divers. Ramón y Cajal s'en est également servi pour l'étude de la rétine. Dans un travail récent, M. Bouin (de Nancy) s'est servi, pour étudier la rétine des oiseaux, de l'injection, dans le corps vitré de l'œil en place, de quelques gouttes d'une solution faible de bleu. Actuellement, ce procédé direct paraît avoir la faveur des techniciens.

Il nous est impossible d'indiquer ici les nombreuses variétés du procédé direct : nous nous bornerons à exposer la technique que nous avons suivie, M. le professeur Renaut et moi, pour l'étude de la rétine de quelques mammifères (lapin, cobaye, chat).

Sur l'animal qui vient d'être sacrifié, on énuclée l'œil à étudier; on le coupe équatorialement avec des ciseaux, à quelques millimètres de la cornée; on enlève avec soin et entièrement le corps vitré, et finalement on dépose la cupule oculaire sur un verre de montre. On fait tomber alors, tant dans la coque, sur la rétine, qu'autour d'elle dans le verre de montre, quelques gouttes d'une solution faible de bleu de méthylène :

Eau salée physiologique	1,000 grammes
Bleu de méthylène	0gr6 à 1 gramme.

Puis on dépose le tout dans la chambre humide, de façon que la préparation soit bien aérée et ne subisse aucune dessiccation.

La durée du séjour de la pièce dans la solution colorante varie suivant l'animal, la richesse de la solution en bleu de méthylène, la température ambiante et le but que l'on se propose (étude des cellules ganglionnaires, des radiations du nerf optique, des grains, etc.). Pour une rétine de lapin, il faut en moyenne de dix à vingt minutes.

Quand le résultat voulu est censé obtenu, on lave la pièce dans le sérum artificiel, puis on coupe la cupule oculaire en quatre segments. On détache alors délicatement la rétine proprement dite de l'épithélium pigmenté au moyen d'instruments mousses, on l'étale sur un porte-objet en ayant soin que la couche des cônes et des bâtonnets soit en dessous. Il faut bien se garder de couvrir la préparation avec une lamelle; quand le contact de l'air a suffisamment mûri la coloration, il convient d'achever la préparation comme nous le dirons plus loin.

On peut colorer par le même procédé les terminaisons nerveuses dans les glandes minces (lacrymale du cobaye, par exemple), dans les organes foliés du goût, dans les fragments de peau et de muqueuses, etc.; mais il faut dans ces cas, après l'imbibition dans la solution colorante, faire des coupes minces dans la pièce fraîche et vivante, ce qui n'est pas toujours facile.

Le procédé par imbibition directe, dont nous venons de nous occuper, est plus facile que l'injection vasculaire; mais, en règle générale, il donne des résultats inférieurs : la coloration est plus diffuse; un beaucoup plus grand nombre de cellules et de filaments nerveux sont colorés, mais d'une manière moins intense et moins élective que par le procédé par injection. Il convient très bien pour certaines études, telles que celle des radiations rétiniennes du nerf optique. Pour les pièces prises sur de gros animaux ou sur l'homme au cours d'une opération chirurgicale, le procédé direct est le seul applicable.

Dans certains cas, on peut produire l'imbibition d'une pièce par une *injection interstitielle* de solution bleue au moyen d'une seringue de Pravaz.

Pour la rétine des petits mammifères, nous préférons beaucoup, M. Renaut et moi, le procédé par injection vasculaire.

A. Procédé par injection vasculaire. — La mise en œuvre de ce procédé varie beaucoup suivant l'animal auquel on a affaire.

Chez certains invertébrés qui n'ont pas de circulation sanguine, mais qui possèdent une circulation active par des cœurs lymphatiques, comme les crustacés, on peut ouvrir la carapace de l'animal, puis le faire vivre dans la solution colorante (Retzius, Bœthe).

Chez un vertébré, on a le choix entre la voie veineuse et la voie artérielle, et même la voie lymphatique pour les animaux à sang froid, comme la grenouille, qui possède des cœurs lymphatiques et chez qui la coloration par le bleu se fait lentement.

Nous prendrons comme exemple d'un objet à colorer la rétine d'un lapin, car cet animal se prête très facilement à l'injection veineuse et artérielle.

Injection veineuse. — Le bleu de méthylène pénétrant par la voie veineuse doit traverser la circulation pulmonaire avant d'être lancé dans la grande circulation. Il faut donc nécessairement opérer sur l'animal vivant.

On choisit, à cause de sa grande commodité d'accès, la veine marginale de l'oreille.

On a intérêt, comme nous le verrons plus loin, à faire choix d'une solution concentrée de bleu de méthylène dans le sérum physiologique artificiel. La solution doit être filtrée immédiatement avant l'injection. La quantité de liquide injecté étant peu considérable, il n'est pas indispensable de saigner préalablement l'animal, ni de porter la solution à la température physiologique. Il est également inutile d'anesthésier le lapin et de l'attacher. Une seringue d'une contenance de 5 centimètres cubes est parfaitement appropriée à l'injection.

On commence par introduire l'aiguille dans la veine, on la fixe avec une petite pince à pression continue et on laisse sortir une gouttelette de sang qui chasse l'air de l'aiguille. Puis on adapte la seringue chargée et privée d'air et on pousse *lentement* l'injection.

Il faut éviter d'encombrer la circulation pulmonaire par l'injection trop rapide du bleu; autrement l'animal meurt asphyxié trop tôt, et de plus le liquide coloré reflue, par les grosses veines du cou, dans les veines rétro-orbitaires et comprime les artères de la rétine, d'où mauvaise pénétration du bleu.

L'animal meurt brusquement entre le 8e et le 25e centimètre cube; comme il faut aller vite, on est parfois obligé de le tuer par piqûre du bulbe, s'il tarde à mourir. De suite après la mort, on enlève les deux yeux; on les coupe équatorialement, on vide avec soin les cupules oculaires de tout le corps vitré, et on les abandonne pendant quelques minutes dans le sérum artificiel oxygéné par le contact de l'air; le sérum artificiel récemment bouilli ne conviendrait pas. Nous verrons plus loin comment on achève les préparations.

Injection artérielle. — Elle est applicable à un animal vivant, anesthésié ou non, ou à un animal récemment tué. Nous préférons opérer sur l'animal vivant.

Le lapin est attaché solidement sur le dos et anesthésié. Au lieu de choisir une artère des membres dont le calibre est incommode, ou la carotide, qui porterait du bleu en excès dans une seule rétine, nous préférons l'*aorte abdominale* très aisément accessible par une laparotomie médiane. L'artère étant dénudée, on place deux fils : le fil supérieur, soulevé légèrement, arrête la circulation; on incise l'artère en biseau; on introduit la canule, que l'on fixe par le fil inférieur. Puis la technique varie suivant que l'on emploie une solution faible ou une solution concentrée de bleu de méthylène.

Avec une solution concentrée, il n'est pas nécessaire de saigner l'animal ni de chauffer le liquide, parce que l'on n'injecte qu'une petite quantité; mais la pression artérielle s'oppose à la bonne pénétration rétrograde de l'injection. Nous préférons l'emploi d'une *solution faible* à 5 ‰ par exemple.

L'animal étant saigné à blanc par l'aorte, on pousse avec une seringue de 20 centimètres cubes la solution de bleu chauffée à 39° (température physiologique du lapin). Les mouvements du cœur, que la saignée avait arrêtés, reprennent, et le liquide pénètre aisément dans tout le domaine artériel respecté par l'incision aortique.

Après chaque seringue de bleu, les muqueuses bleuissent fortement, puis le bleu passant des capillaires sanguins dans les tissus, se réduit à l'état de leucobase et les muqueuses se décolorent. Quand on juge qu'une quantité suffisante de la solution (50 à 150 centimètres cubes) a pénétré, on s'arrête, et si l'animal n'a pas succombé sous la double influence du chloroforme et de l'anémie aiguë, on le tue par piqûre du bulbe.

Soit que l'on ait employé l'injection veineuse, soit que l'on ait préféré la voie artérielle, il faut exposer à l'air les rétines dans les cinq minutes qui suivent la mort de l'animal ou plus exactement la fin de l'injection. C'est dans la plus ou moins longue durée de l'expectation loin de l'air qu'il faut, croyons-nous, chercher la cause des insuccès parfois complets contre lesquels nous n'avons pu, même avec une très grande pratique, nous mettre tout à fait à l'abri. Du reste il y a là une différence de susceptibilité, pour un même organe (comme la rétine) sur plusieurs animaux de la même espèce, pour des organes différents et *a fortiori* pour des espèces distinctes, différence de sensibilité dont la cause nous échappe.

Après l'injection artérielle, les yeux sont traités de la même façon qu'après l'injection veineuse.

Dans certains cas, *on peut combiner avec avantage le procédé par injection avec le procédé par teinture directe;* souvent nous avons placé les cupules oculaires vidées dans un sérum artificiel faiblement bleuté; la coloration des cellules ganglionnaires, qui est le triomphe du procédé par injection, sur le lapin, ne perd rien de sa beauté; par contre, les cylindres-axes et les grains sont mieux colorés.

Jamais il ne faut séparer de suite la rétine de la choroïde ; il faut lui laisser intactes toutes ses connexions vasculaires.

Sans que j'aie pu savoir pourquoi, le feuillet pigmenté de la rétine adhère parfois si intimement à la couche des cônes et des bâtonnets qu'il devient impossible de l'en séparer : on ne peut alors tirer aucun profit des préparations, qui sont comme salies par le pigment.

II

Au moyen des opérations précédentes, nous avons mis les éléments nerveux au contact du bleu de méthylène. Le bleu s'est fixé sur la substance nerveuse vivante à l'état de combinaison incolore ou leucobase. Si à ce moment l'on examine au microscope une membrane mince, comme la rétine, ou une coupe montée à l'air libre dans le sérum artificiel, immédiatement après son extraction de l'animal, on ne voit en général aucune coloration, sauf un peu de bleu dans les vaisseaux. Pour faire apparaître la coloration spécifique, il faut que l'oxygène détruise la leucobase, il faut que le phénomène de l'*oxydation secondaire* se produise.

On a recours ordinairement à l'air atmosphérique, car c'est le procédé le plus simple et le meilleur; on pourrait évidemment recourir à l'action de l'oxygène pur, mais sans grand profit.

Il ne faut pas qu'un temps trop long s'écoule entre la formation de la leucobase et son oxydation secondaire, autrement cette seconde opération ne se produit plus. C'est ainsi qu'après l'injection vasculaire, si l'on attend quinze minutes depuis la fin de l'injection jusqu'à l'aération de la rétine, on ne peut plus que difficilement obtenir de bonnes préparations.

Il est absolument indispensable que l'exposition à l'air ne s'accompagne pas de dessiccation, aussi doit-on maintenir les préparations humides en ajoutant de temps à autre une goutte de sérum artificiel.

En ce qui concerne la rétine, il nous a paru bien préférable — au lieu de la détacher et de l'étaler sur des porte-objets de suite après l'énucléation de l'œil — de faire tremper les moitiés rétiniennes des deux yeux dans le sérum artificiel aéré après avoir enlevé le corps vitré. Ce n'est qu'après dix à vingt minutes de séjour dans le sérum que nous débitons la cupule oculaire en quatre parts, sur lesquelles nous enlevons la rétine. En procédant de cette façon, on obtient des préparations dans lesquelles un certain nombre de grosses cellules ganglionnaires sont colorées, avec tous leurs prolongements, en bleu foncé presque noir, tranchant magnifiquement sur le fond incolore de la préparation; le neurone apparaît alors tout entier, les prolongements protoplasmiques vont se perdre à des distances considérables en se continuant, comme l'a vu M. Renaut, avec les fibres névrogliques incolores; on suit le cylindre-axe depuis son émergence cellulaire jusqu'à sa sortie de l'œil. La conservation des relations anatomiques et physiologiques entre la chorio-capillaire et la rétine paraît exercer sur ces préparations une influence favorable; l'élection

colorante du bleu s'accomplit lentement, mais avec une extrême précision.

Dans le sérum artificiel, dans les conditions favorables dont nous venons de parler, le corps de la cellule nerveuse subit une rétraction légère, qui met en évidence sa *capsule* enveloppante colorée en bleu-violet clair. Entre la capsule et la cellule s'accumule un liquide incolore exsudé du plasma vivant.

Il est bien entendu que jamais on ne doit couvrir d'une lamelle ces préparations fraîches, sous peine de voir s'évanouir la coloration. A l'air libre, au contraire, la coloration commencée dans le bain de sérum artificiel se fonce et se complète et l'on peut au microscope voir naître, vivre et mourir ce merveilleux phénomène de coloration vitale.

On peut même enfermer les préparations vivantes et colorées dans la platine chauffante, et constater, ainsi que nous l'avons fait avec M. Renaut, l'absence de mouvements amiboïdes visibles du protoplasma nerveux. Par contre, la formation perlée paraît être une fonction transitoire et modifiable, destinée, comme le dit M. Renaut, à régler la tension des filaments nerveux, mais la constatation directe de ce fait capital demande encore de nouvelles observations.

Malheureusement, au bout d'un temps assez court, de quelques minutes, la coloration commence à s'effacer sur les plus fines ramifications protoplasmiques des cellules; si à ce moment on n'intervient pas pour *fixer* définitivement la préparation, elle ne tarde pas à se décolorer entièrement; les cellules meurent en émettant des boules sarcodiques.

Chez les animaux à sang froid, l'évolution de la coloration est beaucoup plus lente, par suite de la lenteur même des actes chimiques de la vie cellulaire.

Lorsqu'on étudie, au lieu d'une membrane mince, telle que la rétine, un organe épais, comme une glande, il devient nécessaire de pratiquer des coupes minces à l'état frais pour pouvoir aérer les cellules nerveuses et leurs prolongements. Cela ne va pas sans quelques difficultés techniques, aussi s'est-on demandé si l'on ne pourrait pas porter l'oxygène au sein des tissus. L'emploi d'une substance chimique inoffensive pour les cellules et capable de leur céder facilement de l'oxygène était tout indiqué. Bœthe a résolu le premier ce problème en plongeant les pièces traitées par le bleu dans l'eau oxygénée mélangée au fixateur. Nous allons avoir l'occasion d'y revenir.

III

Par la mise en œuvre des procédés qui viennent d'être décrits, on arrive à obtenir des préparations de tissus vivants dans lesquelles les cellules et les filaments nerveux sont colorés à souhait. Ces préparations, humectées de sérum artificiel et exposées à l'air sans couvre-objet, se prêtent mal à l'emploi des forts grossissements du microscope; mais leur inconvénient capital, c'est le peu de durée de la coloration : en quelques minutes, il ne reste rien du système si compliqué des cellules

nerveuses. Pour rendre ces préparations persistantes, il faut nécessairement les *fixer*.

Fixer le bleu de méthylène sur les cellules, c'est le précipiter instantanément par un réactif chimique susceptible de former avec lui une combinaison insoluble dans le liquide où sera conservée la préparation. Fixer la couleur, ce n'est donc pas nécessairement fixer les éléments anatomiques; mais il va sans dire que l'on doit chercher à réaliser cette double fixation.

Les substances chimiques capables de former avec le bleu de méthylène un précipité plus ou moins insoluble dans l'eau sont extrêmement nombreuses; beaucoup de sels minéraux, beaucoup de composés organiques sont des fixateurs de la couleur. Mais, en pratique, ces substances sont loin d'être équivalentes. Le fixateur idéal doit réaliser les conditions suivantes :

1° Précipiter le bleu de méthylène *complètement,* sans qu'il soit besoin de faire agir une grande quantité de réactif, sans que le précipité soit soluble dans un excès de ce dernier;

2° Le précipité doit être *aussi fin que possible,* de façon à paraître continu même avec de très forts grossissements; cette condition est importante pour éviter des erreurs d'appréciation sur la continuité des filaments colorés;

3° Le réactif employé ne doit précipiter que le bleu de méthylène; c'est ainsi qu'un réactif qui précipiterait le chlorure de sodium de la préparation ne saurait servir;

A côté de ces conditions *sine qua non,* il en est d'autres qui sont des perfectionnements plus ou moins importants;

4° Il est bon que le fixateur fixe aussi les éléments anatomiques;

5° Il faut que le précipité soit insoluble dans la glycérine et même que l'on puisse déshydrater les préparations pour les monter et les conserver dans le baume;

6° Il est bon que le précipité soit de couleur foncée, agréable à l'œil et tranchant nettement sur le fond de la préparation;

7° Il est très utile que l'excès du réactif fixateur puisse être enlevé de la préparation par lavage ou sinon que cet excès n'empêche pas les coupes, les inclusions, le montage et la bonne conservation des préparations.

Ces conditions multiples éliminent la plupart des substances chimiques qui précipitent le bleu en solution aqueuse dans un verre à expérience. Il ne subsiste qu'un petit nombre de réactifs, que nous allons maintenant passer en revue.

A. — Le *picrate d'ammoniaque* est le fixateur le plus communément employé. Il a eté indiqué par Smirnow.

On l'emploie en solution aqueuse saturée, tantôt pure, tantôt additionnée de picro-carmin (Smirnow, Arnstein) ou d'acide osmique (Dogiel). Les préparations doivent rester quelques heures en contact avec ce réactif pour être bien fixées.

Le picrate d'ammoniaque précipite le bleu en brun bleuâtre. Les gra-

nulations du précipité ne sont pas très fines; le précipité n'étant pas très foncé, les plus fines fibrilles se voient mal. La couleur est désagréable à l'œil, surtout quand le fond de la préparation reste coloré en jaune par l'excès du réactif.

Le picrate d'ammoniaque ramollit et dissocie les éléments anatomiques, ce qui est, suivant les cas, un avantage ou un inconvénient : un avantage quand on veut étudier le mode de terminaison des fibres nerveuses dans un épithélium (bourgeons du goût, Arnstein), mais un grand inconvénient quand on étudie la rétine. Une rétine qui a séjourné quelques heures dans le picrate devient impossible à manipuler; elle se déchire au moindre contact des aiguilles; elle s'écrase par la pression d'un couvre-objet.

L'addition de picro-carmin (Arnstein, Smirnow) est avantageuse, car elle permet de fixer un peu mieux les cellules, de prolonger sans crainte de dissociation trop profonde l'action du réactif, tout en colorant les noyaux.

Les préparations fixées par le picrate doivent être montées dans la glycérine picriquée. Leur conservation est assez longue : au moins six mois dans nos expériences personnelles.

Nous pensons que le picrate d'ammoniaque combiné au picro-carmin peut rendre des services pour l'étude des terminaisons nerveuses épithéliales et musculaires. *Nous le rejetons absolument pour l'étude de la rétine.*

B. — L'*iode* a été le premier fixateur découvert (Smirnow, Arnstein). On l'emploie en solution dans l'iodure de potassium.

Iode..............................	1 gramme.
Iodure de potassium...............	2 —
Eau distillée.....................	200 —

Les cellules et leurs prolongements nerveux sont colorés en brun rougeâtre. Le précipité est fin.

Après un séjour d'au moins six heures dans le fixateur, les préparations doivent être montées dans la glycérine très faiblement acidulée.

Les préparations ne se conservent pas longtemps.

M. le professeur Renaut a utilisé la fixation par les vapeurs d'iode. Ce procédé, quand il réussit, donne d'admirables résultats; mais il est très incertain.

L'iode et les iodures ne sont actuellement plus employés pour fixer le bleu de méthylène.

Pas plus que le précipité picrique, le précipité iodique du bleu de méthylène ne résiste à l'alcool; aussi les préparations ainsi fixées ne peuvent pas être montées dans le baume.

C. — Un grand nombre de sels métalliques précipitent le bleu et peuvent fournir des résultats égaux à ceux des précédents fixateurs. Nous ne faisons que les signaler brièvement, car ils sont inférieurs aux fixateurs que nous étudierons en dernier lieu et leur emploi doit être limité à des cas exceptionnels. Tels sont : quelques sels de l'*acide chromique,*

le *ferrocyanure de potassium* et le *ferricyanure de potassium*, le *chlorure d'or*, les *sels tungstiques* et *phospho-tungstiques*.

Bœthe, qui a bien étudié l'action de ces derniers sels, rejette l'emploi des sels phospho-tungstiques parce qu'ils pénètrent mal les tissus, et l'emploi des sels tungstiques parce qu'ils permettent difficilement la déshydratation par l'alcool.

La *déshydratation* des préparations est le préliminaire obligé du *montage dans les résines* et notamment le baume du Canada. Point n'est besoin, croyons-nous, de faire ressortir l'extrême importance de la conservation dans le baume de pareilles préparations : transparence, solidité, conservation plus parfaite, tels en sont les principaux avantages. Or, une préparation, pour être transportée dans le baume, doit être déshydratée, et c'est là le point délicat.

La question de la déshydratation peut être résolue de deux façons différentes : 1° en obtenant un précipité du bleu insoluble dans l'alcool ; 2° en employant comme agent déshydratant un autre agent que l'alcool. Des solutions du problème ont été données par les deux procédés. Nous pensons que l'ère des progrès techniques est loin d'être close; mais nous possédons cependant des méthodes précieuses que nous allons maintenant faire connaître.

D. — En février 1895, nous crûmes avoir trouvé le premier un fixateur idéal pour l'étude de la rétine, dont M. Renaut et moi nous nous occupions alors ; ce fixateur est le sublimé corrosif. Mais nous trouvâmes bientôt, en faisant des recherches bibliographiques, qu'il avait été découvert par Parker en 1892.

Parker étudiait le système nerveux de l'écrevisse. Les préparations de nerfs et de ganglions bien colorées étaient traitées par une solution saturée froide de bichlorure de mercure; puis la pièce passait par les manipulations suivantes :

1° Solution aq. sat. de sublimé.............. 10 minutes.

2° *Solution A :*

Méthylal...........	5 cent. cub.	15 minutes.
Sublimé...........	1 gramme.	

3° *Solution B :*

Solution A...............	1 vol.	10 minutes.
Méthylal.................	1 vol.	
Xylol....................	2 vol.	

4° Xylol pur en abondance.................. 4 à 5 jours.

5° Inclusion dans la paraffine ou montage dans le baume.

Au bout d'un mois, les préparations commencent à se décolorer dans leurs plus fines ramifications.

Le sublimé précipite le bleu de méthylène en violet pourpre magnifique. Le précipité est absolument continu; il est instantané; les éléments anatomiques sont fixés instantanément et la consistance de l'objet est notablement accrue.

Nous n'avons employé le sublimé que pour la rétine où il donne des résultats très beaux. La rétine étant colorée à point, on fait tomber sur la membrane étalée quelques gouttes de la solution saturée, puis on couvre la préparation d'une lamelle, sans enlever l'excès de liquide. La lamelle a simplement pour but d'empêcher le recroquevillement des bords de la membrane. Après vingt minutes de fixation, on soutire l'excès de liquide avec un morceau de papier à filtrer et on fait passer peu à peu sous la lamelle de la glycérine pure additionnée de 1 °/₀ d'acide chlorhydrique pur. L'addition d'acide chlorhydrique a pour but d'empêcher la transformation du précipité violet fin et continu en un précipité grossier, cristallin et incolore, formant comme un givre sur les ramifications nerveuses; cette transformation s'opère infailliblement en quelques jours dans la glycérine neutre.

Les préparations montées dans la glycérine acidulée seront soigneusement lutées. Elles se conservent au moins pendant plusieurs mois.

Le sublimé opacifie notablement les objets; pour la rétine, cet inconvénient est minime; mais il pourrait être plus grand s'il s'agissait de fixer des coupes de tissus épithéliaux. Nous ne nous sommes servis de la méthode au sublimé que pour l'étude de la rétine; nous ne pouvons donc la recommander que pour cet objet, pour lequel elle nous a donné des résultats incomparables. On pourrait d'ailleurs adopter aisément la fixation au sublimé pour d'autres études.

Quand on traite par l'alcool une préparation fixée au sublimé, elle se décolore, même si l'on emploie de l'alcool saturé de sublimé. Pour monter les préparations dans le baume, la méthode de Parker appliquée à la rétine ne nous a donné que des résultats médiocres. Nous proposons donc la méthode suivante, dont l'idée est due à M. le professeur Renaut.

E. — Le *chlorure de platine,* en solution aqueuse concentrée, précipite le bleu de méthylène en bleu clair agréable; le précipité est moins fin que celui des sels mercuriques; il peut être utilisé de la même façon, sans avantages particuliers.

Par contre, le précipité platinique est beaucoup moins soluble dans l'alcool que le précipité mercurique; de plus, le précipité mercurique, mis au contact d'une solution concentrée de chlorure de platine, subit la double décomposition. Ces données sont le principe du *virage* au platine des préparations mercuriques.

La préparation (de rétine), bien fixée par le sublimé, est traitée par la solution aqueuse concentrée de chlorure de platine; elle vire au bleu. Elle est ensuite rapidement déshydratée et montée au baume.

Nos meilleures préparations de rétine ont été faites par cette méthode : nous en avons qui n'ont pas varié depuis le mois d'avril 1895 (huit mois). Les cellules nerveuses et leurs prolongements ramifiés sont colorés en bleu magnifique et donnent des images qui tranchent nettement sur le fond incolore de la préparation.

F. — Au cours de nos essais techniques, parut un travail de A. Bœthe, travail que faisait prévoir une communication antérieure du même auteur. Bœthe apporte deux perfectionnements importants.

Le premier consiste dans la fixation du bleu de méthylène par le *molybdate d'ammoniaque.* Le précipité obtenu est bleu pur. Parmi les propriétés de cette combinaison molybdique, soigneusement étudiée par l'auteur, celle qui nous intéresse le plus est son insolubilité dans l'alcool froid, insolubilité qui devient absolue après l'action de l'acide osmique.

Le second perfectionnement est plus important. On sait que le contact de l'air était jusqu'à présent indispensable pour l'oxydation secondaire de la leucobase du bleu de méthylène produite sur les tissus. Or, Bœthe, pour éviter de faire des coupes minces des tissus frais, a imaginé de porter l'oxygène jusque dans leur intimité, en les imbibant d'un corps oxydant; de plus, il combine ce corps oxydant au fixateur, de sorte que, pour *oxyder et fixer en masse* un morceau d'organe traité par le bleu, il suffit de plonger ce morceau dans un seul bain et de l'y laisser un temps suffisant. Le corps oxydant-fixateur indiqué par Bœthe est le *permolybdate d'ammoniaque,* obtenu par Baerwald en traitant par *l'eau oxygénée* une solution aqueuse de molybdate d'ammoniaque.

Les portions d'organes sont portées dans le mélange oxydant-fixateur après avoir été lavées avec la solution physiologique de sel.

Quand il s'agit d'*invertébrés,* on emploie la solution suivante :

Molybdate d'ammoniaque.........	1 gramme.
Eau distillée.....................	10 cent. cub.
Eau oxygénée	0cc5

Quand il s'agit de *vertébrés,* il faut ajouter à la solution précédente une petite quantité d'acide chlorhydrique; l'acide a pour but de détruire les combinaisons incolores formées par le bleu sur les tissus nerveux.

Molybdate d'ammoniaque.........	1 gramme.
Eau distillée.....................	10 cent. cub.
Eau oxygénée..................	1 cent. cub.
Acide chlorhydrique pur..........	I goutte.

Il ne faut employer que des solutions fraîchement préparées.

Les meilleurs résultats s'obtiennent avec un mélange oxydant-fixateur le plus froid possible (mélange de glace et de sel).

Le séjour des pièces dans ce mélange varie suivant leur volume entre deux et cinq heures au moins. On lave ensuite à l'eau distillée pendant une demi-heure à deux heures, de façon à entraîner l'excès de molybdate qui serait précipité par l'alcool; puis on déshydrate les morceaux dans l'alcool froid aussi rapidement que possible; on chasse l'alcool par le xylol et on inclut la pièce dans la paraffine. On peut faire une coloration au carmin et monter les coupes dans le baume.

Nous n'avons pas de la méthode de Bœthe une expérience suffisante pour la juger; elle nous paraît, d'après les résultats qu'il a représentés dans ses deux mémoires, réaliser un progrès important. Cette méthode serait susceptible d'être appliquée à l'étude des centres nerveux et, s'il en est ainsi, on peut aisément prévoir l'importance de ses futures applications.

Jusqu'à présent, en effet, les centres nerveux myélencéphaliques sont

restés inaccessibles à l'exploration par la méthode au bleu de méthylène. La consistance de la substance nerveuse des centres et son imperméabilité à l'air ne permettent pas d'en faire des coupes à l'état frais et d'exposer les cellules et leurs prolongements à l'oxygène de l'air pour les oxyder. Au moyen du procédé de Bœthe, on pourra sans doute développer et fixer la coloration sur des morceaux assez gros des centres nerveux d'un animal injecté au bleu, puis débiter ultérieurement ces morceaux en coupes fines faciles à étudier.

C'est alors seulement que l'on pourra en toute connaissance de cause établir un *parallèle entre la méthode de Golgi et celle d'Ehrlich.* Jusqu'à présent, et pour ce qui est seulement des terminaisons nerveuses periphériques, seules accessibles au bleu de méthylène, les deux méthodes semblent donner des résultats concordants. Mais l'étude de la couche ganglionnaire de la rétine, véritable *centre nerveux membraniforme,* fait entrevoir d'importantes corrections à la théorie du neurone telle qu'elle résulte des travaux faits avec l'imprégnation chromo-argentique seule.

La coloration vitale par la méthode d'Ehrlich se produit sur toute l'étendue du territoire nerveux soumis au même régime chimique dont le régulateur est le corps cellulaire avec son noyau. Si certains éléments nerveux restent incolores, tandis que leurs voisins immédiats sont colorés, c'est que l'état des échanges chimiques n'est pas le même dans les deux cas; mais on peut affirmer que lorsqu'on se place dans les conditions voulues, toute l'étendue de l'unité cellulaire, jusqu'à ses plus fins prolongements, est une mise en évidence par le bleu, et cela pendant la vie de l'élément. Dans la méthode de Golgi-Cajal, au contraire, qui peut affirmer que la fixation, si rapide qu'elle soit, a réussi à immobiliser dans le même état chimique les différentes parties parfois si distantes d'une même cellule nerveuse? La nécessité des imprégnations multiples montre bien, au contraire, que la coloration est souvent incomplète; souvent même les extrémités des prolongements nerveux lui échappent.

Du reste, non seulement la substance nerveuse, mais encore les cellules conjonctives, les fibres conjonctives, les capillaires sanguins, les ciments intercellulaires, les canalicules glandulaires, etc., sont colorés par l'imprégnation chromo-argentique. La coloration par le bleu de méthylène est, au contraire, limitée aux éléments nerveux [1] et, par exception, à de rares éléments probablement contractiles, comme les fibres des paniers de Boll des glandes et quelques fibres musculaires lisses; elle est donc bien une *coloration spécifique de la fonction nerveuse.*

[1] Le procédé direct permet de colorer la névroglie de la rétine. Le procédé par injection ne colore jamais que les éléments nerveux.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

EHRLICH. — *Deutsche medic. Wochen.*, 1886, n° 4 : Ueber die Methylenblaureaction der lebenden Nervensubstanz.

EHRLICH. — *Biolog. Centralblatt*, Bd VII, 1886, p. 214 : Zur biologischen Verwerthung des Methylenblau.

ARNSTEIN. — *Anat. Anzeiger*, Bd II, 1887, p. 125 et 551 : Die Methylenblaufärbung als histologische Methode.

ARNSTEIN. — *Anat. Anzeiger*, Bd IV, 1889, p. 378 : Ueber die Nerven der Schweissdrüsen.

ARNSTEIN. — *Arch. f. mikr. Anat.*, 1893, Bd XLI : Die Nervenendigungen in den Schmeckbechern der Säugethieren.

SMIRNOW. — *Arch. f. mikr. Anat.*, Bd XXXV, p. 407 : Die Structur der Nervenzellen im Sympathicus der Amphibien.

SMIRNOW. — *Anat. Anzeiger*, Bd III, 1888, p. 258 : Ueber die Nervenendknäuel in der Froschlunge.

S. MAYER. — *Zeitschrift f. wissench. Mikr.*, Bd VI, 1887, p. 422 : Die Methode der Methylenblaufärbung.

DOGIEL. — *Anat. Anzeiger*, Bd V, 1890, p. 483 : Die Nerven der Cornea des Menschen.

DOGIEL. — *Zeitschrift f. wissench. Mikr.*, Bd VIII, 1890, p. 15 : Ein Beitrag zur Farbenfixirung von mit Methylenblau tingirten Präparaten.

DOGIEL. — *Arch. f. mikr. Anat.*, Bd XXXIII, p. 305 : Methylenblautinction der motorischen Nervenendigungen in den Muskeln der Amphibien und Reptilien.

DOGIEL. — *Arch. f. mikr. Anat.*, Bd XXXIII, p. 440 : Eine neue Imprägnationsmethode der Gewebe mittels Methylenblau.

RIESE. — *Anat. Anzeiger*, Bd VI, 1891, p. 401 : Die feinsten Nervenfasern und ihre Endigungen im Ovarium der Säugethieren und des Menschen.

FEIST. — *Arch. f. Anat. und Entwickelungsgeschichte*, 1891, p. 116 : Die vitale Methylenblaufärbung des Nervengewebes.

CUCCATI. — *Internat. Monatssch. f. An. und Phys.*, 1888 : Delle terminazioni nervee nei muscoli abdominali della Rana temporaria e della Rana esculenta.

JOSEPH. — *Anat. Anzeiger*, Bd III, 1888, p. 420 : Die vitale Methylenblaufärbungsmethode bei Heteropoden.

CIACCIO. — *Arch. it. de Biologie*, t. XIV, 1890 : Sur les plaques nerveuses finales dans les tendons des vertébrés.

ZOJA. — *Zoolog. Anzeiger*, Bd XV, 1892, p. 241 : Die vitale Methylenblaufärbung bei Hydra.

PARKER. — *Zoolog. Anzeiger*, 1892, p. 375.

APATHY. — *Zeitschrift f. wissench. Mikr.*, Bd IX, 1892, p. 15 : Erfahrung in der Behandlung des Nervensystems für histologische Zwecke.

GALCOTTI. — *Zeitschrift f. wissench. Mikr.*, 1894, IX, 2, p. 172 : Ricerche sulla colorabilita delle cellule viventi.

A. BŒTHE. — *Arch. f. mikr. Anat.*, Bd XLIV, p. 579 : Studien ueber das Centralnervensystem von Carcinus Maenas nebst Angaben ueber ein neues Verfarhen der Methylenblaufixation.

(1) Nous n'avons cité dans cet index que les principaux travaux à consulter pour la technique et quelques mémoires relatifs à l'histologie pure; la bibliographie des travaux qui ont pour objet les terminaisons nerveuses périphériques est immense et facile à faire.

P. Bouin. — *Journal de l'Anat. et de la Phys.*, 1895, nº 4, p. 313: Contribution à l'étude du ganglion moyen de la rétine chez les oiseaux.

J. Renaut. — *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, mars 1895: Sur les cellules nerveuses multipolaires et la théorie du neurone de Waldeyer.

J. Renaut. — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Bordeaux, 1895, et *Presse médicale*, 1895: Contribution à l'étude de la constitution, de l'articulation et de la conjugaison des neurones.

Ramón y Cajal. — *La Cellule*, IX, 1893: La rétine des vertébrés.

A. Bœthe. — *Arch. f. mikr. Anat.*, Bd XLIV, p. 185: Die Nervenendigungen im Gaumen und in der Zunge des Frosches.

II

PARALYSIE GÉNÉRALE — MALADIES ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX

MM. KLIPPEL et G. DUMAS. — Des paralysies vaso-motrices dans leur rapport avec l'état affectif des paralytiques généraux.

Depuis longtemps les physiologistes et les psychologues ont considéré les émotions comme intimement liées à l'état circulatoire du cerveau et de l'organisme tout entier.

Déjà, au XVIIe siècle, Malebranche définissait la passion : « toute émotion que l'âme ressent à l'occasion des mouvements extraordinaires des esprits animaux et du sang » (1), et, plus loin, il développe cette définition en faisant des troubles circulatoires le seul phénomène primitif de toutes les expressions physiques qui accompagnent l'émotion.

Spinosa, dans le troisième livre de l'*Éthique*, donne une définition plus précise encore et que l'on peut interpréter dans un sens analogue : « J'appelle passion, dit-il, les affections du corps qui augmentent ou diminuent, favorisent ou restreignent sa puissance d'agir, ainsi que les idées de ces affections. »

(1) *Recherches sur la vérité*, V. I, 1674.

Au siècle dernier, un certain Girolamo Bocalosi publie à Milan un livre sur *la Physionomie,* où il fait dépendre l'énergie plus ou moins grande d'une passion de l'organisation physiologique du sujet, de la structure de ses nerfs et de ses artères.

Plus récemment encore, Claude Bernard a étudié dans la *Revue des Deux-Mondes* le rapport de la circulation périphérique et centrale avec quelques émotions; il s'est attaché à montrer que les expressions « avoir le cœur gros », « avoir le cœur léger » et autres, correspondent à des états physiologiques précis de pléthore ou de vide cardiaque, accompagnés d'hypertension ou d'hypotension périphérique.

Enfin, tout dernièrement, le physiologiste danois Lange a publié sur les émotions une étude psycho-physiologique, à laquelle ce mémoire voudrait apporter quelques confirmations d'expérience, et dont voici le résumé (1) :

« Pour définir les émotions, on se contente d'ordinaire de faire appel aux souvenirs de chacun : *Nous savons tous ce qu'il faut entendre par la joie, nous connaissons tous la tristesse par une expérience quotidienne.* Tant qu'on s'en tiendra à ces évocations intimes, on devra, pense Lange, renoncer à une connaissance précise; ce qu'il faut rechercher, au contraire, ce sont les signes objectifs de la tristesse et de la joie, les marques impersonnelles qui nous permettront de sortir des impressions purement subjectives. La science est toujours à ce prix. L'étude des couleurs ne fut scientifique que le jour où Newton découvrit un caractère objectif, la différence de réfrangibilité des rayons colorés; *faisons de même pour les émotions; renonçons à l'introspection de la conscience pour trouver des caractères objectifs et donner à nos recherches un point de départ scientifique.* Or, ces caractères objectifs, tout le monde les connaît; ce sont des gestes, des attitudes, des phénomènes organiques auxquels un observateur attentif ne peut se méprendre; Lange les décrit en détail dans la joie, la tristesse, la colère, la peur, le désappointement, l'embarras, l'impatience, et, pour ordonner sa description, il étudie séparément les modifications subies par les muscles de la vie de

(1) Ces lignes sont extraites de la préface que l'un de nous, le Dr Dumas, a écrite pour la traduction de Lange. Alcan, 1895.

relation, par les muscles des viscères et les muscles vaso-moteurs.

» Tous ces systèmes peuvent avoir une innervation trop forte, trop faible ou irrégulière, d'où contraction, relâchement, ataxie, et comme ils peuvent être affectés différemment dans une même émotion, on prévoit tout de suite une variété infinie de combinaisons, surtout si l'on tient compte des changements secondaires déterminés par les modifications vasculaires dans l'activité motrice, sécrétoire, sensitive, intellectuelle, etc.

» Voici, par exemple, la joie; analysons l'ensemble des caractères physiques qui l'expriment; dans les muscles de relation, l'innervation est augmentée; l'homme joyeux se sent léger, il gesticule; les enfants sautent et frappent des mains; le visage prend une forme arrondie, le larynx fonctionne de lui-même; ce sont des chansons, des éclats de voix et des cris. Dans les muscles viscéraux, nous ne constatons rien d'anormal, mais l'innervation vaso-motrice diminue; les artérioles se dilatent; la peau, qui reçoit plus de sang, rougit et s'échauffe; les sécrétions, celle de la salive en particulier, augmentent visiblement et les larmes viennent souvent aux yeux.

» La circulation, plus rapide, facilite la nutrition des tissus; toutes les fonctions s'accomplissent mieux, le corps est plus robuste et plus sain, l'esprit plus actif; on dit avec raison que la joie rajeunit.

» En procédant de la sorte pour les autres émotions, Lange arrive au schéma suivant, que l'analyse précédente dispense d'expliquer plus longuement :

Diminution de l'innervation volontaire...	Désappointement.
Diminution de l'innervation volontaire, constriction vasculaire.............	Tristesse.
Diminution de l'innervation volontaire, constriction vasculaire, spasme des muscles volontaires................	Peur.
Diminution de l'innervation volontaire, incoordination....................	Embarras.
Augmentation de l'innervation volontaire, spasme des muscles organiques......	Impatience.

Augmentation de l'innervation volontaire, dilatation vasculaire................ Joie.

Augmentation de l'innervation volontaire, dilatation vasculaire, incoordination .. Colère.

» Sans doute, il y aurait beaucoup à dire contre une schématisation aussi artificielle et surtout aussi précise dans les états émotionnels; la joie peut être muette et non bruyante, la peur donner des ailes et non paralyser.

» Lange est le premier à se faire des objections de ce genre, mais il n'a pas la prétention d'épuiser le sujet ni de décrire toutes les variétés possibles d'émotions; il veut seulement prendre quelques cas typiques, conventionnels même, en négligeant de parti pris les faits exceptionnels. Son dessein n'est pas, en effet, d'étudier l'émotion sous toutes ses formes, mais d'en définir la nature, et les exemples cités suffisent amplement pour cette définition.

» Avant de la tenter, nous pouvons cependant, pour simplifier les données du problème, classer en deux groupes tous les phénomènes que nous venons d'énumérer et distinguer seulement des phénomènes d'innervation musculaire et des phénomènes vaso-moteurs.

» Les modifications de la couleur, des sécrétions, de la nutrition, comme les variations de la forme extérieure et de l'activité générale se laissent facilement réduire à ces deux ordres fondamentaux de phénomènes, mais cette réduction en appelle aussitôt une dernière et nous voilà conduits à nous demander si les deux groupes ont la même importance, s'ils sont primitifs au même titre ou si l'un d'eux est subordonné à l'autre.

» A une question posée dans ces termes, toutes nos connaissances psychologiques nous permettent de faire une réponse certaine quoique incomplète : « *Les troubles fonctionnels de l'innervation musculaire ne sont pas la cause des modifications vaso-motrices.* »

» Nous n'avons donc qu'à chercher si les changements vasculaires peuvent déterminer les changements neuro-musculaires dont nous connaissons le détail. La constriction des artérioles dans la tristesse peut-elle produire, par anémie du système nerveux, la fatigue et la parésie des muscles? La

dilatation des mêmes vaisseaux peut-elle amener, par hyperthermie de ce système, la suractivité motrice qui caractérise la joie? On ne peut cette fois répondre avec certitude, mais toutes les probabilités sont pour l'affirmative; nous savons que les moindres variations de la circulation modifient profondément les fonctions du cerveau et de la moelle; des expériences de laboratoire, comme la ligature de la carotide, la compression de l'aorte abdominale, tendent à prouver que l'anémie des centres nerveux mène d'ordinaire à la parésie ou à la paralysie des muscles et nous permettent de tenir pour vraisemblable l'hypothèse de l'antériorité des modifications vaso-motrices.

» D'ailleurs, cette hypothèse fût-elle contestée, la théorie générale de Lange se serait pas atteinte dans ses fondements; l'hypothèse vaso-motrice est commode, mais elle n'est pas indispensable pour la définition de l'émotion. Qu'est-ce donc que l'émotion dont nous avons énuméré, en les simplifiant, tous les caractères objectifs? Quelle est la vraie nature de ce phénomène dont nous ne paraissons avoir décrit encore que l'expression extérieure?

» Pour la psychologie courante, l'explication est bien simple; la joie, la tristesse, la colère sont des énergies mystérieuses qui s'expriment par les mouvements qu'elles impriment au corps. Mais on se contente vraiment de trop peu quand on explique la pâleur de l'angoisse en disant que l'angoisse fait pâlir; en réalité, c'est faire appel à une puissance métaphysique pour ne rien expliquer du tout.

» D'autre part, nous voyons souvent l'émotion se produire sans que nous puissions invoquer aucune influence psychique. La joie du vin, l'excitation du haschisch s'expliquent par des causes toutes physiques. L'hypothèse psychique n'est donc ni claire ni indispensable.

» *Pour bien comprendre la nature de l'émotion, il faut laisser de côté toute métaphysique, renoncer surtout à cette idéologie qui fait de la joie, de la peur ou de la colère de véritables entités et n'examiner que les faits.*

» Voici une mère qui pleure son fils; l'opinion courante admet trois moments dans la production du phénomène :

» 1° Une conception ou une idée;

» 2° Une émotion;

» 3° L'expression de cette émotion.

» *Cette succession est fausse,* il faut renverser les deux derniers termes et raisonner ainsi : 1° cette femme vient d'apprendre la mort de son fils; 2° elle est abattue; 3° elle est triste.

» Qu'est-ce donc que sa tristesse? Simplement la conscience plus ou moins sourde des *phénomènes vasculaires* qui s'accomplissent dans le corps.

» Supprimez la fatigue et la flaccidité des muscles, rendez le sang à la peau et au cerveau, la légèreté aux membres, que restera-t-il de la tristesse? Absolument rien que le *souvenir* de la cause qui l'a produite.

» Il y a donc dans toute émotion un fait initial qui peut être une idée, une image, une perception ou même une sensation; ces états mentaux retentissent diversement sur les centres vaso-moteurs, *mais l'émotion n'est jamais que la conscience des variations organiques que l'excitation de ces centres amène dans le corps.*

» Telle est brièvement condensée la théorie que le livre de Lange a pour but de soutenir. Pour la vérifier d'une façon définitive, il faudrait supprimer la sensibilité viscérale et périphérique d'un sujet pour voir si cette suppression entraîne la perte de l'affectivité; mais cette expérience est impossible, car la suppression de la sensibilité détermine celle des réflexes et par suite la mort. Nous sommes donc réduits à étudier les cas où les variations de la sensibilité générale concordent avec les variations de l'émotivité. C'est ce que Lange a fait pour appuyer sa thèse et c'est la seule méthode qu'il faut employer en l'espèce.

» *L'émotion se trouve donc ramenée, d'une part, à des sensations plus ou moins localisées, de l'autre, à des états vasculaires et musculaires;* ne parlons plus de ces entités mystérieuses qu'on appelle *la peur, la colère* et *la joie,* ou, si nous en parlons, sachons bien qu'elles se réduisent à la conscience mal définie d'un certain nombre de mouvements. »

Telle est la théorie de Lange.

Nous avons entrepris de vérifier cette théorie dans sa partie physiologique, c'est à dire de mesurer pour chaque émotion

les variations de l'état vasculaire et de substituer des expérimentations précises aux observations d'ailleurs très ingénieuses de Lange.

C'est par *la joie* que nous avons commencé; nous avons étudié *l'état de satisfaction* dont les paralytiques généraux présentent des symptômes si marqués lorsqu'ils sont dans une période de délire des grandeurs, et nos expériences tendent à prouver que la joie s'accompagne toujours chez eux d'une hypotension cardiaque et d'une dilatation périphérique, résultat qui confirme, en la précisant, la théorie de Lange et plus encore celle de Cl. Bernard.

Les paralytiques généraux que nous avons choisis dans le service du professeur Joffroy étaient tous mégalomanes, mais il importe de bien spécifier le caractère de leur délire pour éviter des tâtonnements ou des erreurs à qui voudrait recommencer nos expériences.

Un paralytique général peut, après une crise de mégalomanie active, conserver quelques idées délirantes de grandeur, auxquelles il tient plus ou moins et qu'il exprime par habitude. Il raconte alors qu'il est empereur, fils du pape, décoré de tous les ordres ou millionnaire, simplement parce qu'il l'a déjà raconté et que les questions du médecin rappellent en lui de vagues souvenirs.

De tels malades ne doivent jamais être pris pour sujets d'expérience, car ils ne sont pas joyeux, ils ne sont pas satisfaits et leur état intellectuel ne peut d'ailleurs tromper qu'un observateur superficiel.

Le malade vraiment satisfait, c'est celui qui parle sans qu'on le presse de questions, celui qui raconte de lui-même sa vie pleine de souvenirs glorieux et de projets ambitieux, et qui, par son attitude, ses gestes, sa physionomie, confirme l'impression que ses paroles ont donnée. C'est sur des sujets de ce genre que nos mesures ont porté ; mais avant d'exposer les résultats, nous devons, en quelques mots, nous expliquer sur les moyens, parler des procédés, des appareils et de notre méthode.

Depuis quelques années, de nombreuses recherches ont été faites dans le but d'enregistrer les variations volumétriques des membres dues aux modifications profondes de la circula-

tion périphérique et les variations du pouls capillaire liées aux variations superficielles de cette même circulation.

On trouvera dans la thèse de Suc (1) l'histoire et la description, avec figures, des nombreux appareils qui ont été inventés pour arriver à la connaissance des faits précédents.

On ne peut que citer, dans une étude aussi spéciale que la nôtre, les recherches expérimentales de Poiseuille sur l'action des artères dans la circulation artérielle (1829) et dont les conclusions avaient, en partie au moins, été déjà formulées par Haller (1756-1760) et par Lorry (1760), étudiant les mouvements du cerveau et de la dure-mère.

C'est de 1846 seulement que datent les premières recherches, fondées dès lors sur l'expérimentation, de Piégu et concernant les mouvements artériels observés dans les membres et comparés aux doubles mouvements du cerveau.

Peu après, Chélius reprend le même sujet, ainsi que Fick, à l'aide d'appareils ayant pour but de mesurer la vitesse et la pression du sang.

En 1862, Ch. Buisson publia sa thèse, intitulée : *Quelques recherches sur la circulation du sang à l'aide d'appareils enregistreurs.*

Enfin, viennent les appareils plus connus de Mosso et de François-Franck. Quelles que soient les différences de ces divers instruments, ce sont des sphygmographes volumétriques. Mosso dénomme le sien *hydrosphygmographe.*

Enfin, tout récemment, MM. Hallion et Comte ont donné la description d'un pléthysmographe à l'aide duquel ils sont arrivés à d'importantes constatations sur l'état des réflexes vaso-moteurs (2).

Les applications faites par les auteurs précédents dans le domaine de la physiologie, de la chirurgie, de la médecine, de l'expérimentation, sont déjà très nombreuses et fort importantes. On les trouvera en grande partie résumées dans la remarquable thèse de M. Suc (3) et nous n'en donnerons pas l'énumération. Mais nous devons attirer en particulier l'attention sur les résultats déjà acquis par ces méthodes dans le

(1) Thèse de Paris, 1878.
(2) Congrès de Clermont-Ferrand, 1894, et *Arch. de Neurologie,* 1895.
(3) *Loc. cit.*

domaine de la psychologie et, ici, nous faisons surtout allusion aux nombreuses recherches de Mosso.

Citons le fait suivant, il est spécialement en rapport avec l'état du système vasculaire périphérique pendant l'émotion :

« Mosso, dit M. Suc dans sa thèse, rapporte que, pendant ses expériences faites à Leipsick, la présence de son maître, le professeur Ludwig, produisit sur lui une émotion qu'il vit se traduire par un resserrement des vaisseaux de la main et de l'avant-bras immergés dans son appareil à déplacement. »

« Nous vîmes, dit Mosso, au moment où entra le professeur Ludwig dans la chambre, la respiration s'arrêter un instant et reprendre ensuite plus accélérée pour revenir peu après à son rythme initial. En même temps diminua le volume de chaque avant-bras d'environ six centimètres cubes. »

« L'activité du cerveau, dit encore Mosso, se reflète aussi vivement que toutes les émotions sur le système vasculaire. Des nombreux exemples que je pourrais rapporter, je citerai seulement quelques tracés de la contraction produite en multipliant, de tête, deux nombres l'un par l'autre; j'ai presque toujours choisi pour cette expérience une opération arithmétique, parce qu'en outre de ce qu'il est possible de contraindre de cette façon l'esprit à un effort assez grand et qu'on peut graduer, il n'est pas nécessaire de faire parler la personne soumise à l'expérience, ce qui donnerait déjà une modification de la respiration et, par suite, de l'état des vaisseaux... « La contraction des vaisseaux est en quelque sorte proportionnelle à l'intensité de l'effort cérébral. » « Cette grande sensibilité du système vasculaire pour tous les mouvements de l'âme rend quelques expériences extrêmement difficiles chez les personnes trop sensibles. »

Enfin, ces mêmes méthodes ont encore permis l'étude des réflexes vasculaires [1]. C'est sur l'état des réflexes vasculaires que Hallion et Comte ont établi leur diagnostic différentiel des lésions névritiques d'avec les troubles fonctionnels de l'hystérie. Et c'est aussi, ainsi qu'on va le voir, en tenant compte de ce réflexe, mais envisagé à un autre point de vue, que nous avons pu établir les conclusions de ce travail.

[1] Lépine, François-Franck, Dastre, Hallion et Comte, etc.

Lorsqu'à l'aide du plétysmographe de Hallion et Comte, l'on étudie, sur un tambour de Marey, la circulation capillaire normale d'un doigt, on constate une ligne onduleuse qui répond aux ondulations physiologiques de la circulation capillaire. Ces ondulations, isochrones à celles du pouls, sont peu marquées chez les sujets sains.

Si, pendant l'expérience, on pique la main du patient avec une épingle, on constate aussitôt la transformation de la ligne onduleuse en une ligne droite. Cette modification provient des phénomènes de vaso-constriction qui se produisent dans les artérioles périphériques et qui, faisant obstacle à la vaso-dilatation, suppriment pour sept à huit secondes le graphique circulatoire normal.

Ces deux faits étant posés, nous avons pensé qu'il était intéressant de rechercher ce qui se passe chez les paralytiques généraux dans les mêmes conditions expérimentales.

Nous avons étudié des paralytiques généraux en état de délire expansif, qui exprimaient, dans leurs propos incohérents, cette satisfaction qui est la caractéristique de leur maladie, et voici ce que nous avons constaté :

1° *Le tracé ondulatoire est beaucoup plus marqué qu'à l'état sain;*

2° *Ce tracé ne se transforme jamais en ligne droite sous l'influence d'une piqûre, contrairement à ce qui existe chez les sujets normaux.*

Nous sommes donc fondés à admettre une paralysie des vaso-constricteurs et, par suite, une vaso-dilatation plus considérable, qui s'inscrit par des ondulations plus marquées du pouls capillaire.

On ne peut pas admettre que, chez nos malades, la paralysie des vaso-constricteurs est due à une anesthésie cutanée ; en effet, la sensation douloureuse est nettement perçue, les voies centripètes sont intactes. C'est donc à un trouble fonctionnel des centres d'élaboration ou des voies de transmission que nous attribuerons la suppression du réflexe.

Au point de vue *psychologique,* cette paralysie a une certaine importance :

Tout d'abord, on s'explique l'état de satisfaction des paralytiques par cette dilatation périphérique, que Claude Bernard,

Lange et la plupart des psychologistes modernes considèrent comme l'expression de la joie, ou comme la joie elle-même, théorie sur laquelle nous nous sommes longuement expliqués plus haut.

En outre, cette base organique profonde nous explique la ténacité parfois extrême de cette satisfaction, que rien de réel ne justifie.

Nous conclurons donc en disant que, dans les périodes de délire expansif, la paralysie des vaso-constricteurs et la vaso-dilatation qui en résulte nous paraissent intimement liées à l'état de satisfaction des paralytiques généraux.

Nous croyons avoir également le droit de penser, d'après des expériences que nous avons déjà commencées et que nous poursuivons, que les mêmes phénomènes ne se produisent pas dans les périodes de dépression.

Ces expériences nous ont paru être la confirmation de cette théorie générale des émotions qu'on a pu lire plus haut et que nous avons exposée à l'occasion des travaux de Lange.

M. Charpentier. — Je n'ai jamais constaté de relations entre la température et les états de dépression et d'excitation des paralytiques généraux.

M. Klippel. — Cela n'a rien d'étonnant, car les variations de la température périphérique ne sont pas en rapport absolu avec la vaso-dilatation ou la vaso-constriction. La question soulevée par M. Charpentier est donc en dehors des faits que mon collaborateur, M. Dumas et moi, nous avons cherché à établir, *à savoir que la douleur ne modifie pas le tracé du pouls capillaire du paralytique général en état de délire expansif actuel, contrairement à ce qu'on observe chez un sujet sain.*

M. LAGRANGE. — Contribution à la recherche de l'étiologie de la paralysie générale progressive.

Notre intention n'est pas d'ouvrir un nouveau débat sur l'étiologie de la paralysie générale progressive : le théâtre sur lequel s'exercent nos observations est trop restreint, et notre personnalité d'aliéniste trop modeste, pour nous engager à nourrir d'aussi prétentieux desseins; nous voulons simplement apporter quelques matériaux qui puissent servir un jour, peut-être, à la construction d'un édifice déjà commencé.

De l'année 1889 à l'année 1895, 31 paralytiques généraux ont été admis dans le Quartier d'aliénés de Poitiers, dont 6 femmes, sur un total de 287 admissions. L'une d'elles avait eu et avait encore des accidents syphilitiques; une autre est morte trois jours après son entrée, et il n'a pas été possible d'établir l'étiologie; une troisième a mené pendant de nombreuses années une existence très irrégulière et a bien pu être entachée de syphilis, mais nous ne l'avons pas constatée; quant aux 3 dernières, après des examens, des interrogatoires et des renseignements répétés et contrôlés, nous avons dû conclure que ni l'alcool ni la syphilis ne pouvaient être mis en cause.

Au nombre des 25 hommes paralytiques généraux admis, sur un total de 250 entrées, nous en avons trouvé 10 chez lesquels la syphilis n'a pu être décelée, et qui n'étaient pas des alcooliques invétérés, mais que nous classons parmi les cas à étiologie douteuse, parce que nous n'avons pas été suffisamment convaincu; 2 avaient eu la syphilis; 6 avaient commis des excès alcooliques réguliers pendant assez longtemps; parmi ceux-ci, il s'en trouvait un n'ayant jamais abusé que d'eau-de-vie de vin de qualité supérieure; un autre ayant perdu son père d'une affection cérébrale, ayant un frère atteint comme lui de paralysie générale progressive et une sœur admise à l'hospice des Incurables comme gâteuse. On ne saurait méconnaître chez ce dernier l'influence prépondérante de l'hérédité, à laquelle l'alcoolisme a probablement servi d'appoint. Enfin, parmi nos 25 paralytiques hommes, nous en avons observé 7 qui n'étaient ni alcooliques ni syphilitiques.

Voici l'histoire très brève de deux d'entre eux : 1° Un homme de trente-neuf ans, dont le père est mort à cinquante-cinq ans des suites d'une lésion cérébrale l'ayant rendu hémiplégique à l'âge de trente-sept ans, et dont la mère a été frappée temporairement d'aliénation mentale à la suite d'une fièvre typhoïde; cet homme reçoit un coup de sabre sur la tête en 1870, et, en 1883, un choc violent vient faire heurter sa tête contre un objet en fer et détermine une solution de continuité étendue du cuir chevelu. Trois mois après cet accident, la paralysie générale débute par un affaiblissement de la mémoire, des achats inconsidérés, etc., et se termine par la mort un an plus tard. 2° Un homme de quarante-quatre ans, soigné

par nous en ville pendant quinze mois, entre à l'Asile dans un état d'excitation maniaque des plus violents et meurt au bout de huit jours; il avait toujours été très sobre, n'avait jamais eu la syphilis, ne songeait qu'à s'enrichir et travaillait avec acharnement; c'est quelque temps après une perte d'argent importante que se montrèrent les premiers signes de la paralysie générale.

A cette petite statistique, nous ajouterons un autre fait observé dans la clientèle : En 1890, nous établissons le diagnostic de paralysie générale chez un monsieur de quarante ans, ayant toujours dénoté une grande faiblesse d'esprit et ayant commis depuis plus de quinze ans des excès vénériens; le père a été frappé d'hémorragie cérébrale à cinquante-huit ans. Ce monsieur est, sur notre avis, interné dans une Maison de Santé, d'où on le fait sortir amélioré en apparence, au bout de six mois, après examen répété de cinq médecins non aliénistes, qui affirment que la paralysie générale n'existe pas. Quelque temps après sa mise en liberté, il contracte la syphilis, dont nous constatons les manifestations primaires et secondaires, et meurt, en 1894, dans une Maison de Santé de Paris. Un mois et demi avant sa mort, le professeur Joffroy est appelé à l'examiner et déclare, dans un rapport détaillé, qu'il est atteint de paralysie générale progressive à la deuxième période, sans espoir de rémission.

Nous terminerons en répétant ce qu'on dit depuis longtemps : l'art est tout entier dans les observations, à la condition qu'elles soient bien faites, et nous ajouterons : pourvu qu'on n'ait pas le parti, pris à l'avance, d'arriver à un résultat déterminé.

Nous espérons ne pas nous être écarté de ces principes.

Tableau récapitulatif de la statistique pendant six ans à l'Asile de Poitiers, concernant seulement les paralytiques généraux.

	Hommes.	Femmes.
Admis pendant six ans	250	287
Paralytiques généraux	25	6
Par syphilis	2	2
Par alcoolisme	6	»
Étiologie douteuse ou inconnue	10	1
N'ayant pas été alcooliques ni syphilitiques	7	3

En résumé, sur un total de 31 paralytiques généraux, nous en trouvons 10 qui n'étaient ni alcooliques ni syphilitiques.

On comprendra qu'il n'est pas facile de présenter beaucoup d'observations semblables à la dernière, à moins d'être favorisé par un hasard bien grand.

Je termine en affirmant que les autres faits de paralysie générale progressive que j'ai notés comme ne pouvant relever de la syphilis ni de l'alcool ont été absolument bien observés et contrôlés par moi, et que j'ai eu les malades sous les yeux pendant un temps suffisamment prolongé pour bien les connaître.

M. Régis. — Il n'est guère possible, en ce moment, de rouvrir un débat sur la question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis. Je ne saurais, cependant, laisser passer la communication de M. Lagrange sans répéter une fois encore et avec plus de conviction que jamais que la syphilis, acquise ou héréditaire, se retrouve presque toujours, lorsqu'on peut et qu'on veut la chercher, dans les antécédents des paralytiques généraux. Évidemment, on ne doit jamais avoir de parti pris à l'avance, pas plus d'ailleurs dans un sens que dans l'autre; je n'hésite pas cependant à déclarer que la recherche de la syphilis dans la paralysie générale présente de telles difficultés que, pour être sérieuse, elle doit toujours être entreprise avec l'idée arrêtée de l'y trouver si elle y existe. En procédant ainsi, il arrive souvent qu'on acquiert la preuve évidente d'une syphilis antérieure chez des malades taxés, comme ceux de M. Lagrange, de non syphilitiques. Témoins les deux malades atteints de paralysie générale juvénile — dont l'un vous a été présenté hier — que M. le professeur A. Fournier a bien voulu citer récemment à l'Académie de Médecine, et chez lesquels j'ai découvert, malgré toutes les dénégations, la syphilis héréditaire. S'il est vrai, comme dit un proverbe, qu'il faut tourner sept fois sa langue dans la bouche avant de parler, je crois pouvoir dire qu'il faut s'y reprendre à sept fois dans son enquête avant d'affirmer qu'un paralytique général n'est pas syphilitique. Déjà, du reste, depuis que les statistiques sont mieux faites, un incontestable revirement d'opinion s'est produit en France, comme à l'étranger, à ce sujet.

Quant aux cas de malades ayant contracté la syphilis au début de la paralysie générale, je sais qu'il en existe quelques-uns, analogues à celui de M. Lagrange, de même qu'on a cité — M. Pitres entre autres — des ataxiques devenus syphilitiques au début de leur tabes. Ces faits, peu nombreux d'ailleurs, semblent plaider, je le reconnais, contre l'étiologie syphilitique de la paralysie générale. Mais outre que cette étiologie n'est pas considérée comme constante pour ceux au moins — et je suis du nombre — qui regardent la paralysie générale comme une maladie d'origine essentiellement infectieuse, la syphilis n'y étant que la cause

infectieuse la plus ordinaire [1], il faut aussi tenir compte de la possibilité, aujourd'hui prouvée, d'une réinfection. On ne peut donc pas conclure en toute certitude de ce qu'un paralytique général contracte la syphilis qu'il n'avait pas eu auparavant la syphilis.

M. A. DUBREUILH. — Phénomènes hystériques dans le cours d'une paralysie générale chez un homme, ayant marqué le début d'accidents méningitiques aigus.

Le fait que j'ai observé tout récemment dans ma clientèle m'a paru de nature à ne pas être laissé dans l'oubli et il m'a semblé qu'il devait y avoir quelque intérêt à vous le faire connaître.

L'hystérie survenant pendant l'évolution de la paralysie générale doit être une complication excessivement rare, car je ne l'ai trouvée signalée nulle part dans les ouvrages classiques les plus récents et les plus complets que j'ai pu lire sur ce sujet. On décrit bien dans tous les traités comme complications de la paralysie générale, les accidents apoplectiformes et les accidents *épileptiformes,* mais il n'est pas fait mention des accidents hystériformes. Cependant M. Régis a signalé le premier la coexistence de l'hystérie et de la paralysie générale dans un travail remarquable, publié dans la *Gazette médicale de Paris,* en 1881 [2].

Dans le cas de M. Régis l'apparition de la névrose a eu une signification bien différente : elle a marqué un temps d'arrêt dans l'évolution de la paralysie générale, tandis que dans le cas qui fait le sujet de cette observation elle a marqué le début des accidents mortels, elle a précipité la terminaison fatale ou plutôt elle a été le précurseur de la complication assez rare elle-même, de la méningite, qui a causé la mort.

Voici, Messieurs, l'observation du malade aussi complète que possible dans ses traits principaux.

' Jules E... est né à Bordeaux le 20 février 1851. Il avait quarante-deux ans quand débutèrent les premiers symptômes de la maladie. Au sortir de l'école primaire, il apprit l'état de tonnelier et depuis il tra-

(1) A. DELMAS. — *Maladies infectieuses aiguës et paralysie générale,* th. de Bordeaux, juillet 1895.

(2) RÉGIS. — Note sur les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie (*Gazette médicale de Paris,* 1881).

vailla toujours dans les chais et chez les mêmes négociants. Ceux-ci remarquant ses aptitudes spéciales, ses qualités d'ordre, d'intelligence et de bonne conduite, lui avaient confié de bonne heure les fonctions de maître de chai.

A l'âge de dix-huit ans, il avait contracté deux chancres situés sur le prépuce. Il ne se souvient pas d'avoir eu de maux de gorge à la suite, mais ses cheveux sont tombés au bout de quelques mois. Il prit longtemps de l'iodure de potassium.

Il avait fait son service militaire dans la musique et, après sa libération, il continua à pratiquer cet art pour lequel il avait beaucoup de goût. Il jouait de la contre-basse dans un orchestre de bals publics. Il menait de front et avec succès deux choses : les travaux de sa profession, qui l'absorbaient toute la journée, et la musique qui, par des veillées assez souvent répétées, l'obligeait à passer des nuits entières. En somme, se fatiguant beaucoup et dormant peu. Il dut cesser de faire de la musique dans ces conditions, cela devenait par trop pénible.

Il a commis des excès alcooliques pendant son séjour au régiment et sa profession l'obligeait à déguster une grande quantité de vin et d'eau-de-vie. Très porté par nature vers les plaisirs sexuels, il s'est livré pendant longtemps aux excès vénériens. Marié vers l'âge de trente ans, il devint plus modéré, se consacra tout entier au travail et réussit à se créer une fort jolie situation. Il n'a pas eu d'enfants.

Voici ses antécédents héréditaires : une tante, sœur de son père, morte folle à la suite de chagrins exceptionnels; grand-père paternel mort d'un ramollissement cérébral à l'âge de quatre-vingt-neuf ans; grand'mère morte à quatre-vingts ans d'une attaque d'apoplexie; grand-père maternel mort jeune d'une maladie aiguë; sa grand'mère vit encore; son père èt sa mère, très bien portants, n'ont eu que deux enfants, dont une sœur d'une forte santé. Enfin, personne parmi ses ascendants et proches parents n'a été hystérique ni épileptique.

Les premiers symptômes de la maladie remontent au commencement de novembre 1892. E..., jusque-là bien portant, se plaint de troubles du côté de l'estomac : inappétence, digestions pénibles et aussi d'un peu de battements de cœur.

Vers la fin de janvier 1893 jusqu'au 11 mars, même année, il est obligé de s'aliter par suite des mêmes malaises, mais un peu plus intenses et accompagnés de maux de tête, d'agitation du pouls, sans élévation de la température. Sous l'influence du repos et d'un traitement symptomatique, il se relève et peut bientôt reprendre ses occupations, mais tout en souffrant de douleurs vagues, d'insomnie, de battements de cœur. L'ayant ausculté à diverses reprises, j'ai constaté parfois quelques faux pas du cœur très espacés et un très léger prolongement du deuxième bruit à la base vers l'orifice aortique, jamais de souffle véritable. Et ainsi s'écoule l'année tant bien que mal. Au mois de janvier 1894, il devient de plus en plus préoccupé de son état de santé. Il ressent des vertiges, quelquefois même assez intenses pour l'obliger à s'asseoir ou à s'appuyer contre un mur.

La persistance de cet état, encore mal défini et que l'on aurait pu prendre au début pour de la neurasthénie consécutive au surmenage, « névropathie cérébro-cardiaque », un changement à peine perceptible dans le caractère, sa démarche et ses allures un peu bizarres, attirèrent davantage mon attention et, l'ayant observé de plus près chaque jour, je vis se manifester peu à peu les symptômes essentiels de la paralysie générale progressive : changement dans le caractère, qui perd chaque jour de son énergie; sa conversation devient moins intéressante, il émet des idées et fait des réflexions naïves, parfois même un peu niaises; sa comptabilité, ses écritures se ressentent de ces troubles intellectuels et, si on lui conserve sa place, c'est en considération de son honnêteté et des services rendus à la maison de commerce. Les jambes sont vite fatiguées, il lui serait impossible maintenant de marcher comme autrefois. Puis troubles de la parole marqués, hésitations; il prononce difficilement certains mots; tremblement fibrillaire de la langue, tremblement des lèvres, tremblement des mains. Inégalité des pupilles qui néanmoins se contractent sous l'influence de la lumière et de l'accommodation. Pas de perturbation dans la sensibilité générale.

L'examen des autres organes et de tout son organisme ne fait relever aucune tare spéciale, c'est du reste un homme d'une belle taille et bien proportionné.

Dans le courant du mois d'avril, je montre mon malade à M. Pitres, qui confirme sans hésitation le diagnostic et qui appelle mon attention sur une diminution du réflexe testiculaire et du réflexe abdominal. A ce moment, application d'un séton à la nuque, qui reste en place pendant deux mois sans amener le moindre changement dans la marche lente mais continue de la maladie.

A partir du mois de *novembre*, il ne peut plus s'occuper de son travail, il devient même indifférent et passe son temps à la maison à peu près inoccupé. Vers la même époque, il me fait remarquer un phénomène qui se produit presque journellement et qui consiste en des érections survenant tout d'un coup, sans provocation, et bientôt suivies d'éjaculations. Un jour même, il en a eu trois de rang, à dix minutes d'intervalle.

Le 14 décembre. — Dans la nuit, il est pris d'une attaque d'aphasie, qui dure une demi-heure, sans perte de connaissance. Presque toutes les nuits, il est agité, pas de sommeil, douleurs de tête plus vives, sensation de tiraillement dans la nuque.

Le 4 février 1895. — Dans la nuit, il a eu une crise pendant laquelle il semblait avoir perdu connaissance. Il était très agité, il faisait des grimaces et des contorsions, battant l'air avec les bras. Cela dura une grande partie de la nuit. Il eut plusieurs autres crises semblables sans que j'aie pu moi-même les voir.

Le 6 février. — Rétention d'urine, cathétérisme. A partir de ce jour, obligation de le sonder tous les jours.

Le 8. — Je suis appelé le matin parce que le malade a eu une crise très forte qui dure depuis dix heures sans interruption. A mon arrivée,

je trouve le malade au lit, étendu dans le décubitus dorsal, la tête renversée en arrière, les yeux non convulsés, les paupières fermées, agitées d'un clignotement continuel, la bouche émettant des sons inarticulés; par instants, mouvements de sputation. Si on cherche à lui parler, le malade ne répond pas, mais tourne la tête à droite et à gauche, en faisant entendre une sorte d'aboiement. Enfin les bras et les jambes s'agitent dans tous les sens d'une façon désordonnée. La sensibilité est conservée. La pression des testicules n'influence en rien la durée de l'attaque, elle est perçue par le malade, qui manifeste de la douleur et voilà tout. Ce n'est que peu à peu que le malade revient à lui, se met à sourire et reconnaît parfaitement et presque aussitôt les personnes qui l'entourent, les nommant par leur nom. Il dit qu'il n'a pas perdu tout à fait connaissance, qu'il ne voit pas, mais qu'il entend parler. Pour en donner la preuve, il répète ce que j'avais dit à sa femme pendant l'attaque.

Il n'y a pas à insister pour démontrer qu'une semblable crise présente l'ensemble des signes propres à une attaque d'hystérie. Des crises tout à fait semblables se répètent à peu près tous les jours et même plusieurs fois par jour.

Le 9. — Je fais mander en consultation M. Régis pour connaître son opinion sur la situation de mon malade, ne sachant trop moi-même quelle pouvait être la signification de semblables complications venant se greffer sur un état morbide antérieur en pleine voie d'évolution. C'est alors que mon excellent confrère me fit connaître l'observation unique d'hystérie et de paralysie générale associées qu'il avait publiée en 1881. Malgré l'analogie des faits observés chez son malade avec les symptômes présentés par le mien, nous fîmes de sérieuses réserves sur l'issue possible d'un tel état de choses.

Le 14. — Pendant une attaque, la nuit, on a remarqué que le corps du patient prenait une attitude étrange : la tête et les pieds seuls reposaient sur le lit, le tronc formant un arc de cercle. A ma visite, il a encore une crise : il se frotte les mains continuellement, les yeux fermés, et fait avec la tête et le haut du corps des mouvements de salutation. Une autre fois, il est comme en extase, les yeux ouverts, fixés au plafond, dans l'attitude de la contemplation d'un être imaginaire. Il a parfois des hallucinations de l'ouïe. On lui a parlé, on lui disait : « Tu es empoisonné, tu mourras à sept heures... » Il me montre au front et au ventre des traces de piqûres par où on a introduit le poison.

Une analyse d'urines indique une juste proportion des éléments normaux; pas de sucre, pas d'albumine. D'autres analyses antérieures avaient donné le même résultat.

Le 15. — Pas d'attaque, mais il a eu du délire presque toute la nuit. Il parle continuellement d'une femme qui le poursuit et lui veut du mal. Elle lui fait faire des tractions très fortes sur diverses parties du corps. Il voit du feu partout; au mur, au plafond. Il est entouré de charbons incandescents qu'il voit courir sur le lit et qui pénètrent dans sa bouche. Il veut que je les lui sorte. « On verse du poison sous la porte. »

Nous lui disons pour le tranquilliser qu'on a placé, sur sa demande, des gendarmes derrière la porte. Cela le calme. Il fait l'éloge de son médecin, il lui décerne des récompenses superbes, etc... Il dépense beaucoup d'argent en remèdes. Il cite des chiffres exagérés mais non invraisemblables. Tous ces jours, le pouls s'est maintenu un peu au-dessus de 100 pulsations. La température a à peine dépassé 37°. Les antispasmodiques réussissent peu à le calmer. Le bromure de camphre, à la dose de 75 centigrammes, n'a amené qu'un faible résultat.

Le 16. — Délire continuel, vision d'animaux variés, chats, rats, etc... Il insulte sa femme, dont le dévouement ne fait cependant pas défaut. Il cite le nombre d'enfants qu'il a eus : il en a eu 170. On a beaucoup de peine à lui faire prendre de la nourriture. On réussit à lui faire accepter un peu d'aliments en lui parlant de la sonde œsophagienne. Le soir, grande agitation. Pouls à 120. Injection de 1 centigramme de morphine.

Le 17. — Un peu de calme après la piqûre de morphine. Maintenant le délire est plus doux : il cause avec une reine qui le soigne elle seule. Il demande à me parler et me dit tout bas à l'oreille que sa femme l'a rendu malade et aussi un grand nombre d'hommes avec lesquels elle s'est prostituée. Il refuse de se laisser sonder. Alors une personne de l'entourage imagine de parler derrière la cloison. Il croit que c'est la *reine* qui lui parle, il devient absolument docile et me laisse le sonder. La vision perd beaucoup de son acuité. Il reconnaît difficilement les objets et les personnes à une faible distance.

Tout d'un coup, cet état d'apaisement fait place à un délire violent. Il repousse sa femme d'auprès de lui, se lève, réussit à s'enfuir au jardin et là, armé d'une pelle, menace de frapper quiconque approchera. C'est avec beaucoup de peine qu'on parvient à le désarmer. On lui met la camisole, il se débat avec fureur, un gardien est placé auprès de lui. Il parle avec force et maintenant il articule bien, sans hésitation. Piqûre de morphine de 1 centigramme et demi.

Le 18. — Même état de fureur, la face est grippée, légèrement cyanosée et humide, les yeux sont injectés. La raie méningitique apparaît très nettement. Le délire est violent, il veut tuer tout le monde, toujours un nombre incroyable de personnes : 10,000 femmes, etc... Il chante avec force, des airs religieux principalement.

Le 19. — Agitation encore très intense. Peu à peu, dans la soirée, il devient plus calme; la face de plus en plus grippée; narines pulvérulentes. Il demande à être renfermé : le jour et le bruit lui font mal.

Le 20. — Après quelques instants de retour à la raison, il tombe dans un état presque comateux. A l'auscultation, qui était pratiquée presque tous les jours sans donner de résultat bien net, je perçois aujourd'hui un souffle intense au deuxième bruit et à la base, développé sans doute par la précipitation des battements du cœur, plus de 120, avec des valvules altérées.

Le 21. — L'état s'aggrave encore. Il est difficile de faire sortir l'urine de la vessie à moins de pressions énergiques sur le ventre. Les yeux

sont encavés, le nez pincé, enfin perte complète de connaissance : état agonique.

Le 22. — Dans la soirée, le malade meurt dans le coma.

L'autopsie n'a pu être pratiquée. Sans quoi, il eût été intéressant de constater si un état anatomo-pathologique particulier ne correspondait pas aux symptômes observés dans de semblables conditions pendant la vie.

En considérant dans son ensemble cette observation, on peut en tirer les remarques suivantes :

1° *Accidents hystériformes apparaissant chez un sujet non prédisposé personnellement ni héréditairement.* C'était, nous l'avons dit, un homme bien portant, n'ayant jamais eu de maladie nerveuse, ni de nervosité exagérée antérieurement à la paralysie générale. Le surmenage n'avait produit chez lui aucune excitation nerveuse particulière comme chez certains individus diathésiques. Pas de prédisposition héréditaire, bien que nous ayons relevé chez une tante un cas de *folie*, sur lequel on n'a pu me donner de renseignements bien précis, mais qui était survenu à la suite de chagrins excessifs. Chez ses ascendants directs, il n'y a pas eu de maladie nerveuse diathésique d'aucune espèce. J'avais interrogé très soigneusement à ce sujet le malade lui-même et les membres de sa famille.

2° *Accidents hystériformes se produisant à la période de début de la méningite aiguë,* comme signe principal marquant la période d'excitation et remplaçant les convulsions épileptiformes habituelles. Fait rare, puisque l'on ne le trouve pas décrit dans la plupart des traités classiques. Je l'ai trouvé signalé par M. Grasset sous la dénomination de « phénomènes hystériformes symptomatiques de tubercules des centres nerveux » (1).

3° Terminaison rare de la paralysie générale, encore à la période d'état, par le développement d'une méningite aiguë. C'est bien à cette affection intercurrente que le malade a succombé. Le tableau était complet : douleurs de tête vives, excitations nerveuses, *convulsions classiques,* puis paralysie de la vessie, délire violent, enfin période de coma précédant la mort.

(1) GRASSET. — Art. *Hystérie* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 1889.

4° En faisant un rapprochement des deux observations qui ont quelque analogie et dont j'ai parlé en commençant, on arrive à cette conclusion que, lorsque la paralysie générale se manifeste chez des hystériques, l'hystérie peut produire une action suspensive ou d'arrêt. D'autre part, lorsque des accidents hystériformes viennent à se manifester chez un paralytique général non préalablement hystérique, les accidents peuvent annoncer, au contraire, des complications, telles que la méningite. Cette hystérie rentrerait, par suite, dans la catégorie des hystéries signalées notamment par M. Babinski dans diverses affections du système nerveux [1].

M. Garnier. — Je rappellerai à M. Dubreuilh, à propos de ce cas, que M. Ph. Rey avait déjà attiré l'attention, il y a quelques années, sur la coexistence de la paralysie générale et de l'hystérie.

M. Régis. — Le travail de M. Rey, dont parle M. Garnier, est postérieur au mien et avait précisément pour but de combattre la constatation que je faisais de la rareté de l'hystérie dans la paralysie générale. Je ne crois pas, aujourd'hui encore, que le fait soit fréquent, et le silence à peu près complet des auteurs sur ce point en est une preuve. L'observation de M. A. Dubreuilh me paraît offrir un réel intérêt. Elle prouve, en effet, qu'en dehors des cas que j'ai signalés, encore très rares, où l'on voit la paralysie générale survenir chez un hystérique avéré et présenter, de ce chef, une évolution spéciale, il en est d'autres, probablement plus nombreux, où des phénomènes hystériformes se manifestent, en dehors d'une hystérie préexistante, dans le cours de la paralysie générale, comme signes précurseurs de complications encéphaliques. A côté des accidents épileptiformes et apoplectiformes classiques de la paralysie générale, il y aurait donc lieu d'étudier des accidents hystériformes non décrits jusqu'ici.

MM. M. BRIAND et ISCOVESCO. — Sur le *signe du cubital* dans la paralysie générale.

On sait que Biernacki a décrit, en 1894, un nouveau signe du tabes dorsalis. Il consiste dans l'analgésie du nerf cubital qui resterait insensible à la pression exercée sur lui lorsqu'on vient à le comprimer sur le plan osseux de la gouttière située entre l'épitrochlée et l'olécrâne.

[1] Babinski. — Association de l'hystérie avec diverses autres maladies (Société médicale des hôpitaux, séance du 11 novembre 1892).

Dans 20 cas de tabes confirmé examinés par lui, cet auteur aurait constaté 14 fois l'absence de toute réaction douloureuse.

NOMS des MALADES	AGE	DILATATION PUPILLAIRE	RÉFLEXES ROTULIENS	SIGNE du CUBITAL	SIGNE de ROMBERG
G.	50	D > G	Exagérés.	Analgésie.	Absent.
Go	45	G > D	Id.	Réact. doul.	Id.
Bu	36	D > G	Id.	Id.	Id.
Le.	60	D > G	Normaux.	Id.	Id.
Pa.	56	G > D	Id.	Analgésie.	Id.
Pe.	35	D > G	Absents.	Id.	Id.
Th	32	G > D	Exagérés.	Id.	Id.
Bi	49	G > D	Diminués.	Id.	Id.
Co.	51	D > G	Exagérés.	Id.	Id.
La.	47	D > G	Id.	Réact. doul.	Id.
Fu	39	G > D	Id.	Id.	Id.
Bil	37	G > D	Absents.	Analgésie.	Id.
Ber.	43	= =	Normaux.	Id.	Id.
Beg.	45	D > G	Exagérés.	Réact. doul.	Id.
Bas.	36	D > G	Normaux.	Id.	Id.
Cl	42	G > D	Absents.	Analgésie.	Id.
Cor.	46	Punctiformes	Diminués.	Réact. doul.	Id.
Col	42	G > D	Absents.	Id.	Id.
Dem.	34	G > D	Id.	Analgésie.	Id.
Laf.	39	D > G	Id.	Réact. doul.	Id.
Me	38	G > D	Id.	Id.	Id.
Na	33	D > G	Id.	Id.	Id.
Ni.	37	D > G	Id.	Analgésie.	Id.
Pa.	27	D > G	Id.	Id.	Id.
Pi	41	D > G	Id.	Id.	Id.
Ca.	33	D > G	Id.	Id.	Id.
K.	47	G > D	Exagérés.	Réact. doul.	Id.
Mo	41	G > D	Diminués.	Id.	Id.
Av.	46	D > G	Exagérés.	Id.	Id.
Del.	46	D > G	Id.	Id.	Id.
Li.	34	D > G	Diminués.	Id.	Id.
Cos.	47	Punctiformes	Id.	Id.	Id.
Br.	39	G > D	Exagérés.	Analgésie.	Id.
Bi.	53	= =	Diminués.	Id.	Id.
J	46	G > D	Exagérés.	Id.	Id.

A l'exemple de ce que Biernacki avait signalé pour le tabes, Cramer a recherché si le même signe ne se retrouverait pas dans la paralysie générale. Il est arrivé à cette conclusion que, sur 51 paralytiques généraux, l'insensibilité existait 35 fois, ce qui donne une proportion de 76 %.

Cramer attache une si grande importance à ce signe que

nous avons été conduits à vérifier ses chiffres. Nous avons donc recherché l'analgésie du cubital dans un nombre égal de cas de paralysie générale et de psychoses diverses. C'est le résultat de cet examen qui fait l'objet de la présente communication.

Nous avons trouvé l'analgésie du cubital 8 fois sur 38 aliénées quelconques. Ce sont à peu près les chiffres donnés par Cramer dans des cas analogues. Mais notre proportion s'est éloignée beaucoup de la sienne quand nous nous sommes adressés à la paralysie générale. C'est ainsi que nous n'avons pu constater l'analgésie que 17 fois chez 32 paralytiques générales à différentes périodes, ce qui ramène la proportion à 50 °/₀ au lieu de 76 °/₀, chiffre de Cramer.

Il nous a paru intéressant d'étudier aussi par comparaison la réflectibilité des sujets. Ces divers examens donnent les résultats portés au tableau ci-contre, que nous croyons devoir vous faire connaître.

Sur 35 paralytiques générales, nous n'en avons donc trouvé que 17, c'est à dire environ 50 °/₀ qui présentaient l'analgésie du cubital.

Si, d'autre part, on considère que les analgésies ne sont pas rares chez les paralytiques généraux; qu'on peut d'ailleurs attribuer à l'analgésie ce qui n'est souvent que le résultat de l'indifférence du patient; et qu'enfin toutes les malades examinées se trouvaient dans la période confirmée de la maladie, il faut admettre que l'analgésie du cubital, tout en étant un signe méritant d'être signalé, ne peut avoir, contrairement à l'opinion exprimée par Cramer, qu'une importance très relative au point de vue du diagnostic de la méningo-encéphalite diffuse.

M. A. VOISIN. — Altérations des cellules cérébrales dans la folie vésanique et dans la paralysie générale des aliénés.

La communication que j'ai l'honneur de faire au Congrès est fondée sur des études que je poursuis, depuis plus de trente ans, sur les altérations des cellules du cerveau et de la moelle épinière dans les maladies mentales, aussi bien dans les vésanies que dans la paralysie générale des aliénés.

Les lésions de ces cellules comportent trois degrés. Dans le

premier, le protoplasma a subi une dégénérescence graisseuse et pigmentaire. Le noyau et le nucléole sont intacts; la lésion n'occupe, dans le principe, que le fond de la cellule.

Dans ce degré, les prolongements, le cylinder ne présentent aucune modification apparente.

Dans le second degré, le protoplasma subit un commencement de travail de résorption; le pourtour du corpuscule ganglionnaire se flétrit et se ratatine par places, et ce pourtour se rapproche tellement du noyau que celui-ci arrive à constituer une partie du bord de la cellule. A ce moment, une portion du protoplasma a entièrement disparu. En même temps, le corpuscule ganglionnaire devient de plus en plus opaque, granuleux, pigmenté et irrégulier sur ses bords; le noyau et le nucléole sont de moins en moins visibles au milieu de cet amas brunâtre; puis, le prolongement cylinder s'atrophie, devient filiforme.

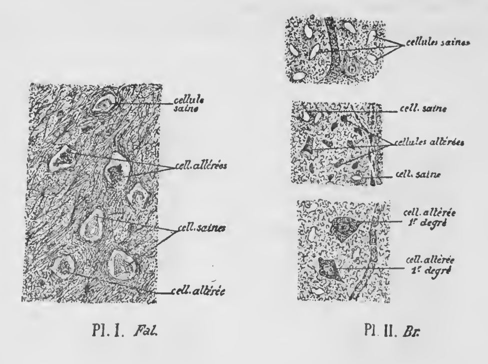
Les autres prolongements présentent la même altération atrophique et deviennent d'une friabilité telle qu'ils se brisent avec la plus grande facilité.

Dans un troisième degré, enfin, le protoplasma ayant à peu près disparu, le contour du noyau paraît être celui de la cellule; le corpuscule ganglionnaire prend une forme tout à fait irrégulière, anguleuse et une couleur rouille. Les prolongements secondaires ont disparu et le prolongement cylinder s'est séparé de la cellule; il ne reste de lui qu'un petit bout recroquevillé, très mince, effilé, ou bien même il n'en reste aucune trace. Dans ce cas, le corpuscule apparaît comme un corps isolé, perdu dans la trame cérébrale, de forme anguleuse ou arrondie, parfois triangulaire, souvent luisant, de teinte rouille ou grisâtre, formé de granulations pigmentaires et graisseuses, et présentant encore le plus fréquemment, dans son centre, les restes du noyau.

Je mets sous vos yeux des dessins des préparations qui vous donneront bien l'idée de ces lésions.

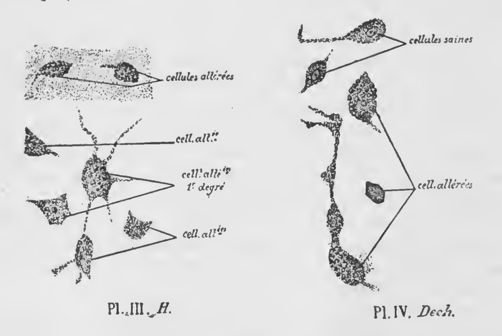
1° Le premier dessin *(Pl. I.)* est relatif à une lypémaniaque avec idées de suicide, Fal..., qui a succombé rapidement à une métrorragie, après plusieurs années de folie. La préparation a été prise dans la substance corticale (zone psychique) de la deuxième pariétale droite. Un grand nombre de cellules

sont atrophiées, pigmentées et graisseuses, à côté d'autres saines.



Pl. I. *Fal.* Pl. II. *Br.*

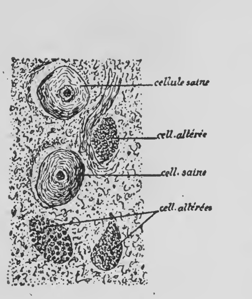
2° Le deuxième dessin *(Pl. II)* a trait à une lypémaniaque chronique, Br...



Pl. III. *H.* Pl. IV. *Dech.*

L'examen de la substance corticale d'un certain nombre de circonvolutions supérieures montre des cellules, en grand nombre, graisseuses, pigmentées, atrophiées et ayant perdu leur transparence, et une certaine quantité d'autres saines.

3° Chez une troisième malade lypémaniaque, H..., beaucoup de cellules des circonvolutions frontales étaient pigmentées et atrophiées, leurs prolongements axis et secondaires étaient atrophiés, filiformes, à côté d'autres cellules saines *(Pl. III)*.





Pl. V *Maub.* Pl. VI. *Par. gén.*

4° Chez une lypémaniaque morte dans les premiers mois de la maladie, un grand nombre de cellules cérébrales étaient granulo-graisseuses, pigmentées et atrophiées.

5° L'étude de plusieurs circonvolutions frontales d'une autre lypémaniaque, Dech..., m'a montré, ainsi que vous le voyez sur ce dessin *(Pl. IV)*, des cellules granulo-graisseuses pigmentées, atrophiées, ayant perdu leur axis.

6° Ces dessins montrent des lésions graisseuses pigmentaires et atrophiques des cellules d'un noyau de la troisième paire chez plusieurs folles paralytiques, à côté d'autres saines *(Pl. V)*, Maub...

7° Les altérations profondes des cellules des noyaux du facial *(Pl. VI)* sont bien nettes chez des folles paralytiques, en regard de cellules saines.

8° Il en est de même des cellules des cornes antérieures de la moelle sur un autre dessin recueilli chez une folle paralytique qui avait présenté de l'atrophie musculaire aiguë.

M. G. MARINESCO. — Syringomyélie primitive et syringomyélie secondaire.

La syringomyélie typique, celle qui s'accompagne des troubles spéciaux de la sensibilité et des amyotrophies à type Aran-Duchenne, relève de la prolifération progressive de l'épithélium du canal épendymaire. A cette prolifération s'ajoute un degré de tension dans le canal épendymaire qui explique la dilatation de ce canal dans cette affection.

Le primum movens de cette lésion n'est pas le bacille de la lèpre, car les examens de MM. Pitres et Sabrazès, ainsi que mes recherches, ont démontré l'absence du bacille de Hansen dans la gliose épendymaire de la moelle.

Le point de départ de la syringomyélie secondaire est tantôt en dehors de la moelle, tantôt en dedans de l'axe spinal, mais pas dans le canal central. Comme exemple de syringomyélie du premier groupe, on peut citer les cavités de la pachyméningite hypertrophique décrite par Charcot et Joffroy. Dans ce cas, les cavités formées dans la substance grise postérieure et antérieure sont secondaires à la compression exercée par l'anneau fibreux pachyméningitique sur la moelle épinière.

Le tableau clinique diffère de celui de la syringomyélie primitive, notamment par le fait que la dissociation dite *syringomyélique* est précédée par des douleurs pseudo-névralgiques. Enfin, des tumeurs ayant pris naissance dans la moelle elle-même, comme des sarcomes ou des glio-sarcomes, peuvent retentir par le mécanisme de la compression sur la substance grise ainsi que sur le canal épendymaire et déterminer des cavités syringomyélitiques secondaires. Mais, dans ce cas, aux symptômes cliniques de la syringomyélie s'ajoutent des phénomènes insolites, comme des troubles paralytiques très intenses et la perversion de la sensibilité tactile.

M. Roth. — A propos de l'intéressante communication de M. Marinesco, j'ai deux points à noter :

1° Il me semble qu'au point de vue anatomo-pathologique ce serait faire une confusion que d'appeler *syringomyélie primitive* les cavités produites par une distension du canal central. C'est de l'hydromyélie et elle ne correspond pas aux faits cliniques que nous sommes habitués à

classer sous le nom de *syringomyélie*. La syringomyélie vraie est secondaire et due au ramollissement de la névroglie hyperplasiée.

2° Quant à la genèse des symptômes cliniques connus sous le nom de *dissociation syringomyélique* de la sensibilité, elle n'a rien à faire avec la syringomyélie, c'est à dire avec la cavité que l'on observe dans la syringomyélie gliomateuse; c'est l'hyperplasie de la neuroglie qui produit ce symptôme, ainsi que le démontrent les cas dans lesquels il n'y a que de la gliose (sans cavité) des cornes postérieures et aussi les cas, très nombreux, où il y a participation du trijumeau aux troubles de dissociation dite *syringomyélique* de la sensibilité.

Dans ces cas de syringomyélie gliomateuse, c'est la gliose de la racine ascendante du trijumeau et non la présence d'une cavité dans le bulbe qui est le substratum anatomique de la thermanesthésie et de l'analgésie.

Je dois encore faire remarquer que dans les autres processus provoquant une compression de la moelle (dans l'hématomyélie de Minor, par exemple, dans la syringomyélie secondaire dont les cavités sont creusées en pleine substance blanche, indiquée par M. Marinesco, dans les tumeurs d'ordre divers, dans la pachyméningite dont plusieurs cas ont été rapportés il y a plus de vingt ans par M. Rosenthal, etc.), que dans tous ces faits, dis-je, les conditions anatomiques de la dissociation dite *syringomyélique* de la sensibilité sont autres que dans la gliomatose (avec ou sans syringomyélie). Dans la gliomatose, ce sont les fibres radiculaires qui sont atteintes dans les cornes postérieures et les zones d'anesthésie se trouvent du *même côté que la lésion* et correspondent aux racines dont les prolongements intramédullaires sont atteints. Au contraire, dans les autres cas que j'ai mentionnés, l'anesthésie occupe le côté opposé et se localise dans la partie inférieure du corps; c'est l'ensemble des fibres conductrices sensitives de la moelle qui est atteint après leur entre-croisement, comme dans le syndrome de Brown-Séquard.

M. MARINESCO. — Séance de projections de préparations microscopiques des divers types de scléroses de la moelle et de syringomyélie.

Pendant une suspension de séance de trois quarts d'heure, les membres du Congrès et les auditeurs se transportent dans le grand amphithéâtre d'anatomie de la Faculté, où M. Marinesco fait une conférence très intéressante à l'aide de projections de très fines préparations microscopiques. Il fait passer sous les yeux de ses auditeurs les divers types de scléroses systématisées, diffuses et névrogliques. Les pièces qui ont trait

à ce qu'il appelle *syringomyélie primitive* et *syringomyélie secondaire*, sont excessivement démonstratives.

MM. LANNOIS et TOURNIER. — **Deux faits cliniques : 1° Cécité verbale sans cécité littérale et sans hémianopsie. 2° Hémianopsie d'origine hystérique chez un trépané atteint de crises épileptiformes.**

Les deux observations que nous rapportons ci-dessous n'ont d'autre trait commun que de comporter quelques considérations sur l'hémianopsie. Nous les avons recueillies dans le service de M. le professeur Lépine, que l'un de nous avait l'honneur de suppléer et qui y a fait allusion dans le compte rendu de sa Clinique pour l'année 1894-95 [1].

OBS. I. — *Syphilis cérébrale avec hémiplégie droite. Cécité verbale sans cécité littérale et sans hémianopsie.*

G... (Gabrielle), trente-deux ans, née et habitant à Montmeyran (Drôme), entrée salle Saint-Roch (service de M. le professeur Lépine), le 4 décembre 1894, sortie le 3 mars 1895.

Les *antécédents héréditaires* n'offrent rien de spécial à relever; il n'existe pas d'hérédité nerveuse. Le père et la mère de la malade sont vivants et bien portants.

Elle a un frère et une sœur en bonne santé; un frère est mort à quinze ans d'un « transport au cerveau »; deux autres frères mort-nés.

Antécédents personnels. — La malade, jusqu'à il y a trois ans et demi, a joui d'une excellente santé; elle ne signale aucune maladie antérieure, pas de rhumatisme, pas de pyrexies. Exempte aussi de névropathie.

Réglée à dater de l'âge de quinze ans, régulièrement; mariée à dix-huit ans; cinq enfants bien portants; pas de fausses couches.

La malade exerçait la profession de couturière; elle a reçu une instruction primaire ordinaire et était à l'école au nombre des intelligentes parmi les écolières de son pays.

Syphilis contractée il y a trois ans et demi; contagion par un nourrisson porteur de plaques sur le scrotum et mort à huit mois; *chancre du mamelon droit.* Consécutivement : maux de gorge, céphalée, alopécie.

La syphilis a été constatée par un médecin et actuellement on voit une cicatrice très nette du mamelon.

[1] LÉPINE. — Clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon (*Revue de Médecine,* juin 1895, p. 509 et 513).

La spécificité peut être mise hors de conteste malgré l'absence d'autres reliquats tels qu'adénite, syphilides pigmentaires du cou, plaques muqueuses, etc.

Le traitement spécifique a été commencé trois mois après le début du chancre.

Les *accidents cérébraux se sont manifestés cinq à six mois* après le début du chancre.

Après une période prodromique de quelques jours, marquée par une *céphalée frontale et occipitale* très vive, la malade fut prise un matin, étant couchée encore, d'une attaque apoplectiforme avec perte de connaissance de courte durée, un quart d'heure environ, et il s'établit une *hémiplégie droite avec aphasie.*

La malade n'a pas gardé de ce moment de son existence des souvenirs très précis et, tenant le récit tout entier de sa bouche, nous ne pouvons pas donner de détails très circonstanciés.

Nous rapportons, sans pouvoir l'affirmer, que la malade aurait eu plusieurs attaques apoplectiformes.

En tout cas, l'hémiplégie droite est certaine et il est survenu rapidement, dès les premiers mois, de la contracture secondaire.

Les premiers jours après l'attaque *l'aphasie paraît avoir été complète;* la malade serait restée trois mois sans pouvoir parler et à cette aphasie de transmission se joignait de la cécité verbale, mais pas de surdité verbale.

La malade a toujours compris le langage parlé, et, d'autre part, elle n'a pas présenté de troubles visuels à proprement parler, notamment pas d'hémiopie autant qu'en puisse faire juger un interrogatoire très fouillé d'une malade intelligente.

L'aphasie motrice et la cécité verbale, à dater du troisième mois, se sont progressivement améliorées, surtout l'aphasie motrice.

Depuis deux ans à peu près, la malade présente environ tous les mois des attaques d'épilepsie à prédominance hémiplégique.

État actuel. — La malade est intelligente, comprend bien les questions.

Les poumons, le cœur, le tube digestif, les reins et les organes utéro-ovariens n'offrent aucun signe de lésion.

La santé générale est bonne; l'embonpoint, en raison sans doute de l'immobilité, est plus considérable que jadis.

Peu de nervosisme; pas de stigmates de neurasthénie ni d'hystérie.

Pas de reliquats apparents de la syphilis autres que la cicatrice du mamelon.

La face, qui a été déviée au début de l'affection, ne l'est plus; on relève seulement que les grimaces s'exécutent plus facilement à gauche qu'à droite.

Les membres supérieur et inférieur droits sont contracturés, le supérieur en flexion, l'inférieur en extension. La contracture prédomine sur les derniers segments, qui sont immobilisés.

Tous les réflexes tendineux sont notablement exagérés. Trépidation épileptoïde du pied. Pas de trouble net de la sensibilité. Pas d'atrophie

musculaire. La marche est possible, mais claudicante, suivant le type ordinaire.

La motilité de la langue est intacte. Cependant il existe un trouble marqué du langage articulé et ce trouble paraît de deux ordres :

En premier lieu, l'articulation des mots est fréquemment hésitante, retardée sans être incorrecte; la malade s'arrête devant certains mots ou devant certaines syllabes d'un mot. En deuxième lieu, certains mots doivent encore être cherchés.

On sait qu'il a existé une aphasie complète et, de temps à autre, un mot est employé pour un autre, ainsi *oui* ou *non*, la malade *ayant conscience de l'erreur.*

Ce sont là les seules traces d'aphasie motrice que nous ayons notées.

Pas de *surdité verbale,* il n'en a jamais existé.

Tous les objets sont reconnus sans hésitation (crayon, bol, etc.); cette recherche a été pratiquée à plusieurs reprises.

Par contre, *la lecture est absolument impossible,* la malade reconnaît et dénomme les lettres, mais est incapable de les associer; elle ne reconnaît pas les mots : *cécité verbale sans cécité littérale.*

Toutes les lettres de l'alphabet, lettres romaines, lettres d'imprimerie ou lettres de l'écriture ordinaire sont également reconnues; parfois seulement la malade éprouve quelques difficultés pour les énoncer et parfois aussi elle nomme, mais consciemment, une lettre pour une autre.

Au début de l'hémiplégie, la cécité paraît avoir été littérale aussi.

Quant à la cécité verbale, elle est très accentuée; la malade ne reconnaît que quelques mots, des mots qui lui sont devenus usuels grâce à sa méthode d'instruction. Cette malade a cherché, a travaillé à réapprendre et elle a surtout étudié dans un livre de messe. Aussi sont reconnus les mots : *Dieu. Jésus, Marie, Vierge, élus.* Après une épellation de toutes les lettres d'un mot, ce mot n'est absolument pas reconnu.

Si, dans une page imprimée, on souligne un mot, le mot *homme* par exemple, et si l'on prie la malade de souligner ce même mot partout où elle le rencontrera, elle exécute cette petite opération assez correctement, mais est obligée de s'appliquer plusieurs heures. C'est qu'elle ne lit ni ne comprend ce mot et le cherche comme elle ferait d'un caractère chinois ou d'un hiéroglyphe.

On a écrit devant elle en lettres d'écriture ordinaire le mot : *Créateur* et on l'a priée de rechercher ce mot dans une page imprimée. Elle a indiqué le mot *créature.*

Elle ne peut, ayant prononcé un mot, épeler les lettres qui le composent, de mémoire tout au moins, car elle peut épeler un mot qu'elle a imprimé devant les yeux.

Il *n'existe pas d'hémianopsie,* pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie. Le champ visuel a été pris au campi mètre à plusieurs reprises.

La malade a de grandes difficultés pour tenir une plume ou un crayon de sa main droite, très contracturée en flexion. Aussi a-t-on de la peine à la décider à essayer d'écrire.

On constate que la malade peut, incorrectement comme forme des lettres, *mais peut copier* et même transposer en caractères italiques un mot en caractères romains, lui servant de modèle. Par contre l'*écriture spontanée n'est pas possible.*

Le 24 décembre. — M. P. Janet, de passage à Lyon, examine la malade; très frappé de l'absence de l'hémiopie, il cherche à l'expliquer par une fausse cécité verbale, par un trouble dépendant de l'aphasie motrice. Il croit que la malade appartient à la catégorie des moteurs, et, pour lire, veut prononcer le mot.

Pour démontrer son hypothèse, il place sur le lit trois objets différents, écrit le nom d'un de ces objets et dit à la malade de prendre de suite, sans réflexion, l'objet dont le nom est écrit. Cet acte a été réalisé correctement. Mais une seule expérience a été faite.

Il ne s'agissait certainement là que d'un hasard, car le lendemain et les jours suivants, en présence du professeur Lépine, nous avons répété l'expérience plus de dix fois en variant les objets et en en augmentant le nombre. Or, le résultat a été négatif, contraire à l'hypothèse de M. Janet environ neuf fois sur dix.

Le 8 janvier 1895. — La malade a eu une crise épileptique, bien que soumise depuis son entrée à la médication iodurée (5 grammes par jour). Comme signes prémonitoires, une céphalalgie le matin et immédiatement avant la chute un bourdonnement d'oreille. Les paupières étaient fermées; peu ou pas de mouvements de la face; les membres ont été animés de secousses. Pas de cyanose de la face. Pas de morsure de la langue, pas de miction involontaire, pas de phase de stertor.

La durée de la crise a été de cinq à six minutes. La perte de connaissance n'était pas complète; la malade garde le souvenir.

Le 16 février. — Nouvelle crise; la malade a eu le temps de s'asseoir à terre. Les mouvements toniques et cloniques ont prédominé à droite; la tête et les yeux étaient déviés à droite, la respiration bruyante, durée trois minutes environ.

Le 1er mars. — La malade, désirant quitter l'hôpital, a été réexaminée. L'état des membres hémiplégiés et contracturés est le même.

La paraphasie motrice et la difficulté d'articulation persistent.

Pas d'hémiopie.

La cécité verbale et non littérale est peu modifiée. A signaler seulement que la malade a appris à reconnaître un certain nombre de mots : *maman, mère, homme, bien,* etc.

En résumé, il s'agit d'un cas de syphilis contractée pendant l'allaitement et ayant déterminé des accidents cérébraux précoces : hémiplégie, aphasie motrice et cécité verbale sans surdité. L'aphasie motrice a disparu presque complètement, mais la cécité verbale persiste ainsi que l'hémiplégie droite avec contractures, exagération généralisée des réflexes

et tremblement épileptoïde du membre inférieur. La malade a de plus des crises épileptiques assez fréquentes.

Il y a plusieurs points intéressants à signaler dans cette observation, notamment la précocité des symptômes cérébraux, qui se sont rencontrés quatre à cinq mois après le chancre du sein contracté d'un nourrisson syphilitique, et la dissociation si nette de la cécité verbale, la malade reconnaissant individuellement toutes les lettres, mais étant incapable de lire un mot.

Mais le point sur lequel nous désirons surtout insister est l'*absence d'hémianopsie*. Or, c'est là un fait insuffisamment connu, car beaucoup d'auteurs aujourd'hui classiques semblent considérer comme bien établi que la cécité verbale s'accompagne toujours d'hémianopsie.

Voici, par exemple, comment s'exprime M. Brissaud[1] : « On se souviendra aussi que la cécité verbale est toujours associée à une hémianopsie latérale droite ou à un rétrécissement concentrique du champ visuel. La proposition de J.-H. Prévost : « On peut citer des exemples d'hémianopsie cérébrale sans » cécité verbale et de cécité verbale sans hémianopsie », n'est vraie que dans la première partie. La seconde est entièrement à démontrer. Jusqu'à ce jour tous les faits connus lui sont opposés. »

La démonstration demandée se trouve donc faite, puisque dans notre cas il n'existe ni hémianopsie ni rétrécissement du champ visuel.

Nous ferons d'ailleurs remarquer que la coexistence des deux symptômes, cécité verbale et hémianopsie, est beaucoup plus difficile à expliquer que leur dissociation. Le centre visuel étant en effet à la partie interne de l'hémisphère (cuneus, lobes lingual et fusiforme) et le centre de la mémoire des mots écrits à la face externe (région pariétale postéro-inférieure avec ou sans participation du pli courbe et du lobe occipital), c'est à dire fort loin l'un de l'autre, on conçoit très bien qu'une lésion atteigne le centre de la mémoire des mots et laisse intact le centre visuel proprement dit.

Nous ajouterons que Viallet [2] avait déjà combattu comme

[1] Brissaud. — *Traité de Médecine*, t. VI, p. 110.
[2] Viallet. — *Les centres cérébraux de la vision*, th. de Paris, 1893, p. 188.

trop absolue cette opinion de la constance de l'hémianopsie dans la cécité verbale. Il distingue les cécités verbales *avec* et les cécités verbales *sans* hémianopsie, ces dernières étant de beaucoup les moins fréquentes. Il admet que, dans ce cas, les lésions ne portent que sur le pli courbe en respectant les conducteurs sous-jacents. L'hémianopsie, lorsqu'elle existe, serait la conséquence d'une lésion concomitante des radiations optiques.

Nous nous résumerons en disant: notre observation démontre que la cécité verbale peut exister sans hémianopsie ([1]).

OBS. II. — *Fracture du crâne dans la région temporale suivie de trépanation — Quelques mois plus tard, crises d'épilepsie jacksonnienne — Hémianopsie et hémianesthésie hystériques.*

Joseph J..., vingt-un ans, journalier, né et habitant Lyon, entré salle Sainte-Élisabeth, n° 13, le 11 novembre 1894; sorti en décembre. Rentré salle Sainte-Élisabeth, n° 17, le 17 juin 1895; encore en traitement.

Antécédents héréditaires. — Ils sont sans intérêt véritable; le père est mort à soixante-quatre ans d'une fluxion de poitrine, la mère à cinquante-deux ans avec de l'anasarque; deux sœurs, ses aînées, bien portantes; deux autres mortes en bas âge.

Antécédents personnels. — Sont nuls jusqu'à il y a deux ans. Pas de syphilis; quelques excès alcooliques.

Il y a deux ans, en novembre 1892, le malade, au sortir d'une réunion de l'Armée du Salut, *reçut un coup de canne plombée sur le côté droit de la tête dans la région temporale.* Le malade n'aurait pas perdu connaissance de suite, mais rapidement présenta une *monoplégie incomplète du bras gauche* et de la difficulté pour parler. Il entra trois jours après à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Auguste Pollosson, qui constata *une fracture du crâne et lui enleva des esquilles.*

([1]) Ce travail était écrit lorsque MM. DÉJERINE et MIRAILLÉ (Soc. de Biologie, 6 juillet 1895) ont publié une note intéressante sur les altérations de la lecture mentale chez les aphasiques moteurs corticaux. Ils pensent que, dans tous les cas, il existe des troubles plus ou moins accusés de la lecture mentale. Cela tiendrait à ce qu'il n'existe pas de centres autonomes, indépendants, correspondant chacun à une modalité du langage, mais une série de centres réunis par des fibres d'association et formant une sorte de zone du langage qui occuperait le pied de la troisième circonvolution frontale, le pli courbe et la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius. Toute lésion d'un de ces centres s'accompagnerait forcément de troubles dans le fonctionnement des autres.

Ces troubles sont le plus souvent très légers et demandent à être recherchés par des procédés compliqués. Ils disparaissent le plus souvent avant le retour de la parole. Nous ferons remarquer que, dans notre cas au contraire, l'alexie est très accusée alors que l'aphasie motrice peut être considérée comme ayant disparu depuis longtemps. MM. Déjerine et Miraillé ne semblent d'ailleurs pas s'être occupés du point spécial que nous avons visé, car ils ne parlent pas du champ visuel chez leurs malades.

Il reste vingt-un jours à l'Hôtel-Dieu et part complètement guéri; il reprend son travail pendant un an.

Il y a dix mois, brusquement, sans cause déterminante connue, il tombe à terre et perd connaissance. Le bras et la moitié gauche de la face sont agités par des secousses.

La nuit suivante, nouvelle crise; le lendemain il en eut six à des intervalles différents, toutefois sans perte de connaissance. Le malade sentait une aura partant des doigts de la main gauche, remontant le long du bras et gagnant la face; puis un éblouissement; le bras et la moitié gauche de la face étaient agités de convulsions. Il ne ressentait rien à la jambe. Chaque crise durait environ cinq minutes.

Il rentra dans le service de M. Maurice Pollosson, qui, cette fois, ne fit aucune intervention et ne lui donna que du bromure de potassium. Il reste dans le service prenant toujours ses crises au nombre de 15-20 par jour. Cet état dure environ quinze jours, après quoi il ne prend plus de crises; il sort de l'hôpital et reprend son travail pendant un mois.

En février 1894, il entre dans le service de M. Augagneur pour une blennorragie et une orchite. Il y reste deux mois, pendant lesquels il eut une quarantaine de crises; toutefois, il n'a point vu apparaître de crise pendant les quinze derniers jours de son séjour.

Au mois de juillet, le malade eut une angine diphtéritique; cette diphtérie ne s'accompagna d'aucun phénomène paralytique du côté du voile du palais, ni des membres.

Il y a quinze jours, au milieu de la nuit, le malade fut pris tout à coup d'une crise nouvelle : il tomba de son lit sans pousser de cri et perdit connaissance.

Il présenta des secousses dans la face et le bras gauche. En quinze jours, il prend huit crises semblables dont quelques-unes seulement s'accompagnent de perte de connaissance.

L'aura existe comme dans les premières crises, partant du bras et remontant vers la face; un voisin de lit nous dit que souvent les secousses commencent dans la face et non dans le bras. Ce n'est que par exception que le membre inférieur gauche participe aux mouvements observés.

Le malade se plaint, en outre, d'une céphalalgie très vive avec exaspérations nocturnes. Cette douleur est nettement limitée au côté droit de la tête et dans la région temporo-frontale. A ce niveau il existe une cicatrice au travers de laquelle on sent très nettement en un point une perte de substance osseuse; la pression sur cette cicatrice est douloureuse.

Depuis trois jours, le malade n'a pas eu de crises. Il se plaint surtout d'une *parésie dans le bras gauche,* parésie qui augmente toutes les fois que le malade a eu une série de crises; elle est maintenant très apparente. Pas de phénomènes parétiques à la jambe gauche; le malade résiste fortement lorsqu'on essaie de fléchir ou d'étendre son membre inférieur. A la face, les mouvements sont plus faciles à droite qu'à gauche. La langue n'est pas déviée.

Il y a de la déviation conjuguée à gauche; le malade tourne habituel-

lement la tête du côté gauche, bien qu'il puisse le faire facilement du côté droit. Ses yeux regardent à gauche et très en dehors; on peut les lui faire tourner à droite, mais il les ramène lentement à gauche. Parfois un peu de nystagmus.

Au bras gauche, le malade sent peu le contact, ne sent absolument pas la piqûre et paraît distinguer le chaud et le froid. Dans toute la moitié gauche du corps, membres, tronc, face, cuir chevelu, on constate une diminution considérable de la sensibilité à la piqûre.

Il sent le contact à la face et au membre inférieur.

En somme : hémianesthésie de tout le côté gauche, portant un peu sur la sensibilité tactile et surtout sur la sensibilité à la douleur. Cette anesthésie, complète au membre supérieur, est incomplète au membre inférieur et à la face.

Au point de vue de l'*ouïe,* le malade entend moins à gauche qu'à droite.

Pour les yeux, il dit avoir constamment un brouillard devant lui; il peut cependant lire les lignes d'un journal. L'acuité visuelle est normale. Le malade a une *hémianopsie homonyme gauche très nette*; le réflexe à la lumière est conservé dans la partie malade. A l'examen du fond de l'œil, on voit des veines dilatées, sinueuses, une légère déformation de la pupille droite. Pas d'œdème.

Il n'y a point de différence nette pour l'odorat.

Les réflexes patellaires, cornéens, pharyngiens sont conservés.

Pas de sensibilité testiculaire exagérée; un peu d'hyperesthésie dans la fosse iliaque gauche.

Rien au cœur, le pouls est lent (56 à la minute) et régulier.

Pas de vomissements, aucun trouble de la digestion.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Le 15 novembre. — Le malade prend trois crises dans la nuit.

Du 16 au 19. — Il ne prend pas de nouvelles crises, mais il a des hallucinations le soir; il voit des gens danser devant lui.

Le 23. — Le malade ne reconnaît aucun des objets que l'on place dans sa main gauche; il a pourtant le sens des volumes. Il saisit la différence des poids lorsque celle-ci est grande, entre 200 et 500 grammes. Il n'apprécie point de différence entre 100 et 200 grammes.

Le 5 décembre. — Le malade présente ce matin une anesthésie en segments au bras gauche, limitée un peu au-dessus du coude par une ligne circulaire.

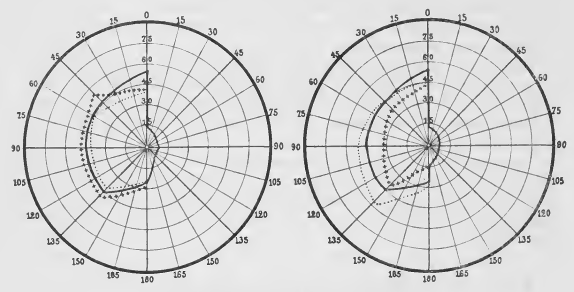
Si on l'électrise avec un courant un peu fort, il sent au bout d'un instant. Il lui arrive de sentir le matin et pas le soir. A la jambe gauche, la sensibilité est revenue au bout de deux séances d'électrisation.

A l'hémiopie a fait place du rétrécissement du champ visuel (4 décembre), puis un champ visuel normal.

Nouveau séjour le 17 juin. — Le malade rentre aujourd'hui, il dit s'être très bien porté et avoir travaillé jusqu'à sa nouvelle entrée dans le service. Il revient à l'Hôtel-Dieu parce qu'il a pris les jours précédents six crises. Aujourd'hui, sans cause connue, sans excès, sans émotions,

le malade s'est senti mal à l'aise, la tête lourde, un peu somnolent, état qui précède habituellement chez lui le retour d'une période de crises. Il existe une hypoesthésie limitée en manche au membre supérieur gauche; à l'avant-bras droit, elle est limitée en gant. Rien à la face. Pas de paralysie.

Le 19 juin. — Deux nouvelles crises, dont une avec perte de connaissance; dans l'une, à laquelle on assiste, le membre supérieur gauche seul est agité de mouvements rapides de flexion de la main sur l'avant-bras, de l'avant-bras sur le bras. Le malade reste très absorbé; il comprend toutefois les questions qu'on lui pose.



CHAMP VISUEL DE J..., LE 15 JUILLET 1895 (1).

—— Champ visuel ordinaire.
.... Champ visuel pour le bleu.
+++++ Champ visuel pour le rouge.

Le 21. — Le malade a pris avant-hier dix crises en trois heures. Hier, trois crises, à 10 h. 30, 11 h. 10 et 11 h. 55. Ces crises siègent dans le bras gauche et le malade ne pousse point de cri initial. Bromure de potassium, 8 grammes.

Du 21 au 27. — Le malade absorbe du bromure de potassium et ne prend point de crises; il ne se plaint que de maux de tête.

Le 28. — On abaisse la dose de bromure de potassium à 5 grammes, le malade prend une nouvelle attaque, qu'il arrête en serrant son bras gauche avec sa main droite. On lui place sur sa cicatrice un vésicatoire de la largeur de la paume de la main.

L'anesthésie est plus prononcée au membre supérieur et atteint le membre inférieur jusqu'à mi-cuisse.

(1) Nous possédons de nombreux tracés campimétriques de ce malade, soit de l'hémianopsie, soit du champ visuel plus ou moins rétréci. Nous les avons montrés au Congrès et croyons inutile de les reproduire tous ici.

Le 6 juillet. — On n'a pas cessé de donner au malade du bromure de potassium ; les crises sont moins fréquentes mais l'anesthésie augmente. Elle intéresse les deux membres supérieurs en totalité, empiétant en avant sur la région des pectoraux, en arrière sur la région scapulaire ; la jambe gauche est atteinte, le membre inférieur droit n'a aucun trouble. Dermographie.

Le 12. — On a supprimé le bromure de potassium et on fait deux séances d'électricité faradique du membre supérieur gauche ; on constate après la première la disparition des troubles de sensibilité portant sur le membre supérieur droit.

La seconde, faite sur les muscles des deux membres supérieurs, amène la disparition complète des troubles de la sensibilité.

Le 13. — Vessie de glace sur la tête du malade qui se plaint de céphalée ; il se trouve soulagé.

Le 15. — L'examen de son champ visuel permet de constater une hémianopsie bilatérale gauche portant également sur les couleurs.

Du 20 au 27. — Le malade, malgré du bromure aux doses de 5, puis 8 grammes, a pris des crises et a éprouvé une sorte d'obnubilation avec étourdissements.

Le 30. — Le malade a été opéré ce matin par M. Jaboulay. Incision sur la ligne de l'ancienne cicatrice, qui est trouvée adhérente. Pas de battements. M. Jaboulay a fait une série de ponctions capillaires et a trouvé un ancien foyer hémorragique. Le soir, 37°6. Une crise depuis l'opération.

En résumé, un homme de vingt-un ans, ayant eu une fracture du crâne, est trépané pour l'enlèvement d'esquilles comprimant le cerveau et déterminant une monoplégie brachiale. Après dix mois de guérison complète, il commence à prendre des crises convulsives qui ont tous les caractères de l'épilepsie jacksonienne et qui parfois sont véritablement subintrantes. A la suite de ces crises, il présente de la paralysie du côté opposé à la lésion avec de l'hémianesthésie, des troubles accusés du sens musculaire et de l'hémianopsie homonyme.

Il s'agissait donc là d'un cas complexe dans lequel plusieurs des symptômes pouvaient donner lieu à des interprétations différentes. Il va de soi tout d'abord qu'en raison du siège du traumatisme à la région antérieure du cerveau, on ne pouvait songer à une lésion de l'écorce assez étendue pour donner naissance à des phénomènes aussi divers que ceux qui viennent d'être énumérés.

Ce qui frappait tout d'abord c'était l'hémiopie homonyme gauche, avec conservation du réflexe de Wernicke, le malade

attirant lui-même l'attention sur ce fait qu'il voyait seulement les objets placés à sa droite et la moitié des personnes qui se trouvaient devant lui. On pouvait supposer qu'il s'agissait d'un phénomène post-épileptique au même titre que l'hémiparésie gauche, symptôme si fréquent dans l'épilepsie jacksonienne. On sait, en effet, que l'hémianopsie, il est vrai comme phénomène exceptionnel et transitoire, peut se rencontrer dans l'épilepsie symptomatique (1).

Mais l'hémianesthésie, quoiqu'elle puisse aussi se rencontrer après les crises d'épilepsie symptomatique, était trop accusée pour cadrer avec cette hypothèse. Bientôt, d'ailleurs, sa transformation en anesthésie segmentaire, la constatation des troubles très accusés du sens musculaire venaient nous faire admettre que les modifications de la sensibilité chez notre malade pouvaient être attribuées à l'hystéro-traumatisme plutôt qu'à l'épilepsie.

Une autre considération nous avait frappés : c'est que tout en étant très nette, l'hémianopsie s'accompagnait de rétrécissement du champ visuel, ce qu'on voit facilement sur le tracé campimétrique annexé à l'observation. Ce rétrécissement suggérait également l'hystérie et cette opinion fut corroborée, au bout de trois semaines, par le remplacement de l'hémianopsie par du rétrécissement du champ visuel, puis par le retour de l'état normal.

Pendant le deuxième séjour du malade, l'anesthésie en manche et en gant, sa généralisation, sa disparition brusque sous l'influence d'une séance d'électrisation faradique, le dermographisme, quelques stigmates psychiques et notamment le tempérament batailleur du malade nous confirmèrent dans cette idée que l'hémianopsie disparue était bien d'origine hystérique.

On sait à quelles discussions a donné lieu cette question de l'hémiopie chez les hystériques. On les trouvera bien résumées dans le *Traité* de Gilles de La Tourette (2). Après avoir été admise avec un peu trop de facilité par Briquet, Galezowski, Bellouard, elle fut niée d'une manière absolue par Féré, qui considéra toutes les observations publiées comme liées à une

(1) Brissaud. — *Traité de Médecine,* t. I, p. 80.
(2) Gilles de la Tourette. — *Traité clin. et thér. de l'hystérie,* t. I, p. 377.

lésion encéphalique ou comme des cas de rétrécissement concentrique du champ visuel. Il se fit cependant une légère réaction après que Charcot, Babinski, Fink eurent montré qu'il pouvait y avoir de l'hémiopie transitoire dans les cas de migraine ophtalmique d'origine hystérique. C'est la seule forme qu'admettent Grocco [1] et Gilles de La Tourette. En 1893, en dehors de ce cas particulier, l'hémianopsie était rayée du cadre des manifestations hystériques et S. Freud [2] pouvait écrire : « L'hémiopie n'a pas encore été vue dans l'hystérie et, je pense, elle ne le sera jamais. »

Toutefois M. Pitres, dans ses *Leçons sur l'hystérie*, avait continué à signaler le scotome central et l'hémianopsie comme possibles dans l'hystérie. Plus récemment, dans une communication importante, Déjerine et Viallet [3] ont signalé une forme spéciale d'hémianopsie fonctionnelle dans la neurasthénie et la névrose traumatique et la considèrent comme un symptôme oculaire « de même ordre que le rétrécissement du champ visuel, ayant la même portée diagnostique et pronostique ». Enfin, il y a deux mois, M. P. Janet [4] a publié une fort intéressante conférence qu'il avait faite à la Salpêtrière sur un cas d'hémianopsie hystérique et qui est un modèle de fine investigation et de minutieuse analyse. Dans ce cas où, chose singulière qui a permis à M. Janet de développer toutes les ressources de son esprit sagace, il s'agissait d'une double hémiopie nasale ou interne, il existait en même temps un rétrécissement accentué du champ visuel, comme dans notre propre observation. M. Janet ajoute qu'il a pu, dans deux cas, suggérer une hémianopsie susceptible d'être constatée par l'examen au campimètre.

Notre observation n'est donc pas un cas unique ; elle contribue à démontrer l'existence de l'hémianopsie, au moins dans l'hystéro-traumatisme, et la témérité qu'il y aurait à affirmer qu'il est impossible de rencontrer un symptôme donné dans l'hystérie (Janet). Nous ajouterons, au surplus, que notre malade, comme le sujet de l'observation précédente, avait été montré à M. Janet, qui n'avait fait aucune difficulté d'admettre

(1) GROCCO. — *Il Morgagni*, n° 8, 1891.
(2) S. FREUD. — *Arch. de Neurologie*, 1893.
(3) DÉJERINE et VIALLET. — Soc. de Biologie, juillet 1894.
(4) P. JANET. — *Arch. de Neurologie*, mai 1895.

notre diagnostic d'hémianopsie hystérique, opinion également partagée par M. le professeur Lépine.

Nous serons très réservés en ce qui concerne le mécanisme de cette hémianopsie. Toutefois, étant donné le siège de la lésion à la région frontale, on ne peut s'empêcher de songer dans ce cas à l'un de ces réflexes cérébraux sur lesquels a insisté M. le professeur Pierret dans la thèse de Dénier (1). Nous avons pu voir récemment, dans le service de M. Lépine, une malade qui avait de l'hémiopie et chez laquelle on trouva une lésion du lobe frontal ; là encore on ne put guère admettre autre chose qu'un phénomène d'inhibition, qu'une action à distance (2). Ce sont deux faits très comparables.

III

ALIÉNATION MENTALE

M. P. PAILHAS. — États monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de conservation de la propriété ; leur intérêt au point de vue médico-légal.

Je voudrais arrêter votre attention sur une particularité d'ordre mental que la pratique médico-légale a offerte à mon observation, et qui se rattache à une variété de tendances psychopathiques, dont le rapport physiologique semble bien être ce qu'on a désigné sous le nom d'*instinct de la propriété*.

Cet instinct, d'où procèdent le désir louable de posséder et l'envie cupide, l'acquisition légitime et le vol, l'économie et l'avarice, engendre aussi, à côté de l'amour du bien possédé et légitimement acquis, l'attachement immodéré et déréglé à ce bien. Et c'est cette tendance, ainsi déviée du pur et simple

(1) Dénier. — Th. de Lyon, 1890.

(2) Lépine (*Revue de Médecine*, juin 1895, p. 513). — Dans une communication au récent Congrès international de Physiologie (9 au 13 septembre 1895) de Berne, M. Fano a exposé des recherches dont le résumé est que la couche corticale est le siège d'une fonction d'arrêt agissant sur l'ensemble du système nerveux. Ce pouvoir inhibiteur a son maximum sur le lobe frontal.

sentiment de conservation de la propriété, distincte du désir excessif d'accumulation qui est l'avarice, que nous avons vue constituer des états morbides, à la fois embarrassants pour la justice et pour les médecins chargés de les apprécier au point de vue de la responsabilité.

Les hommes d'affaires, les magistrats et, parmi eux, surtout les Juges de Paix sont fréquemment appelés à côtoyer cette série d'infirmes de l'esprit, recrutés particulièrement au sein des populations rurales, chez les petits cultivateurs, amoureux jaloux de leurs terres et qui, en raison de cet attachement outré, se montrent récalcitrants devant la dépossession, révoltés contre la saisie, processifs, réfractaires aux divers arrangements où leur sol est en jeu; le disputant au voisin, au parent, avec une âpreté passionnelle, parfois jusqu'au meurtre.

Et, dans l'espèce des cas auxquels nous faisons allusion, n'intervient point ou n'intervient que très accessoirement la pensée d'un accaparement illicite. Le besoin de donner satisfaction à une propension impulsive semble s'associer peu à peu à la conviction d'un prétendu droit et, par suite d'échecs *successifs* subis, à cette autre conviction qu'on ne leur rend pas justice, pour dominer et diriger ces revendications tenaces qui, si elles n'aboutissent point au crime, entraînent une série d'actes préjudiciables à autrui. Parmi ces actes, les uns, rentrant dans la catégorie ordinaire des crimes et délits, cèdent à la répression judiciaire; les autres, au contraire, sont entretenus, exaltés même, par la menace et l'application des sévérités pénales, et la justice, après les avoir longtemps poursuivis sans effet d'amendement, de guerre lasse, les abandonne au médecin.

Ce sont deux faits de ce genre que j'ai l'honneur de vous communiquer, renvoyant de plus à la relation d'un cas similaire, publié en 1841 dans les *Annales médico-psychologiques,* par M. le Dr Girard de Cailleux.

J'ai pensé que ce groupe d'observations, composées d'éléments à peu près identiques et comportant les mêmes difficultés, les mêmes solutions pratiques, rangeables dès lors sous une même désignation, qui sera, si vous le voulez bien, celle de *dégénérés conservateurs de la propriété,* ne vous paraîtrait pas sans intérêt.

OBS. I. — *Monomanie instinctive de conservation de la propriété chez un imbécile. — Trois arrestations pour violation de domicile, incendie, menaces de mort; une condamnation à six jours de prison; deux ordonnances de non-lieu. — Quatre rapports médico-légaux. — Internement, huit mois après la première expertise médico-légale.*

Paul X..., cultivateur, né le 28 février 1863 : de constitution robuste, à démarche lourde et gauche, à physionomie décelant un être borné; facies asymétrique, voûte palatine en ogive, diamètre bi-pariétal étroit; expression tour à tour sournoise et niaise, œil fuyant; parle peu et seulement quand on l'interroge; par moments, bégaie. Il a été à l'école durant trois années consécutives, mais il n'a jamais su lire ni écrire; à peine peut-il dire son âge, la date de sa naissance. La moindre numération l'arrête. Sentiments affectifs très amoindris. Aurait eu comme maladie une atteinte de petite vérole à l'âge de quinze ans, à laquelle sa mère rapporte en partie l'affaiblissement de son intelligence.

X... était né sur le domaine de G..., que ses parents avaient affermé depuis de longues années. Son père mort, il resta sur la propriété avec sa mère. Mais, comme il ne payait point le prix de fermage, ainsi que certaines autres sommes relatives à des ventes de cabaux, Mme ***, propriétaire du bien, se vit forcée à faire procéder à une saisie sur son mobilier.

L'huissier qui devait, à cette fin, se présenter à la ferme, le 11 novembre 1890, le savait capable de résistance et de brutalité; aussi se fit-il accompagner de plusieurs gendarmes.

Ces précautions ne devaient pas être inutiles, car X..., surpris tout à côté de sa maison, mit aussitôt à contribution de sa défense les pierres qui se trouvaient sous sa main. Il alla jusqu'à se servir d'une pioche et le danger devint, à un moment, si pressant, que les revolvers se déchargèrent en salve sur lui et qu'une balle lui perfora la poitrine au voisinage de l'épaule gauche.

Ainsi blessé et transporté ailleurs, X... laissait le domaine libre et un nouveau fermier, B..., prenait sa place, fin novembre 1890. Mais, sitôt en état d'agir, X... reparaît à son ancienne résidence, où il pénètre, tantôt par la fenêtre (10 janvier), tantôt par la porte, qu'il enfonce (10 février). De plus, il met le feu à des taillis, à des meules de fagots, auprès desquelles on le trouve « chantant de joie », tandis que l'incendie se produit. Durant ce temps, le fermier B... n'ose plus paraître, redoutant X..., qui l'a menacé de mort.

Sur ces faits, X... était poursuivi et condamné à six jours de prison; mais, à l'expiration de sa peine, on le retrouve aussitôt à G..., pénétrant, cette fois encore, avec effraction, dans la ferme et la rendant inaccessible à toute autre personne.

Arrêté de rechef, c'est alors que, sur la demande de la mère de X..., « alléguant qu'il ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés intellec-

tuelles et qu'elle avait fait dans le temps des démarches pour le faire entrer dans une maison d'aliénés », nous fûmes commis, le 26 février 1891, à l'examen de l'état mental de son fils.

A ce moment, X..., que le séjour à la prison, « où il a du pain, » n'impressionne guère, consent à reconnaître que Mme *** est bien la propriétaire du domaine de G..., mais il ne comprend pas qu'on ait voulu l'en chasser « comme un cochon », qu'on ait pillé sa maison, qu'on ait pris son linge, etc.; la saisie est interprétée par lui dans le sens du vol et, si on lui fait observer qu'il est débiteur vis-à-vis de Mme ***, il répond que c'est elle qui lui doit, qu'en tout cas, si elle a des droits, elle les fasse valoir...

Un interrogatoire du 9 février 1891, que nous trouvons dans la procédure, indique nettement pour cette époque la même orientation de sa pensée et de ses tendances :

« *D.* Vous êtes inculpé d'avoir, le 7 du courant, à G..., commis le délit de bris de clôture et de menaces verbales de mort sous condition. Qu'avez-vous à répondre?

» *R.* Qu'on me fasse mon droit, voilà tout. (L'inculpé ricane et ajoute: « On m'a tout pris, où veut-on que j'aille? »)

» *D.* Le 7 du courant, vous vous êtes rendu à la propriété de Mme ***, et vous avez enfoncé la porte d'entrée de la cuisine ainsi que la porte de l'écurie? »

L'inculpé, en baissant la tête, répond: « Non, non. »

» *D.* Vous vous êtes installé dans la pièce dont vous avez enfoncé la porte et vous avez fait du feu? »

L'inculpé en riant, répond : « Oui, pour ça, j'ai fait du feu. »

» *D.* Quand vous êtes sorti de la maison d'arrêt, vous vous êtes rendu à la mairie de G...; vous avez fracturé une fenêtre, que vous avez escaladée en brisant un carreau?

» *R.* Je reconnais m'être introduit dans l'intérieur du bâtiment en passant par la fenêtre, mais je n'ai rien fracturé.

» *D.* Vous saviez que vous aviez été expulsé de ces lieux; pourquoi y êtes-vous rentré?

» *R.* On ne m'a rien envoyé pour sortir de la métairie. On n'a pas le droit de me renvoyer comme un cochon.

» *D.* Comment expliquez-vous que votre mère et votre frère aient quitté cette métairie et transporté les meubles à V...?

» *R.* Je n'en sais rien. Ils peuvent s'entendre avec Mme ***.

» *D. D'après vos prétentions, Mme *** n'est plus la propriétaire de G... Ce bien vous appartiendrait à vous?*

» *R. Je prétends être le maître après cette dame. Étant son fermier, j'ai le droit d'y rester.*

» *D.* Il fallait faire consacrer votre droit par la justice et non pas vous faire justice vous-même?

» *R. On ne rend pas justice.*

» *D.* Vous avez proféré des menaces de mort contre le sieur B..., fermier de Mme *** ?

» *R.* On peut dire ce que l'on veut. » L'inculpé se met à rire et ajoute : « Je n'ai pas vu B... »

Entre autres faits démonstratifs de l'ineptie malfaisante de X..., je signalais dans mon rapport cette relation du brigadier Rey, disant : « Sa mère est venue plusieurs fois se plaindre des méfaits de son fils et, dans une circonstance, se proposant d'aller vendre deux poules, elle les avait liées ensemble par les pattes. Paul, l'ayant surprise, a tiré un coup de fusil sur les poules qu'il a tuées : le plomb a traversé l'étoffe, d'après ce qu'elle m'a dit. »

Après ce que l'on connaît déjà de X..., il nous a été aisé de conclure :

1° Qu'il était atteint d'imbécillité intellectuelle et morale le mettant dans l'impossibilité de résister victorieusement à ses instincts malfaisants;

2° Qu'il y avait lieu, tout en reconnaissant X... moralement et pénalement irresponsable, d'exercer sur lui une protection et une surveillance spéciales, eu égard à l'impotence d'un de ses bras, à la faiblesse de sa raison et consécutivement à la domination de certaines tendances qui le rendaient dangereux pour la sécurité publique.

Le 12 mai 1891, X... bénéficiait d'une ordonnance de non-lieu et, logiquement, il allait être interné, lorsque, de par l'intervention de deux de nos confrères qui, dans des rapports distincts sollicités par l'Administration préfectorale, lui octroyèrent fort libéralement une entière irresponsabilité, il récupéra la liberté de regagner sa ferme.

A partir de ce moment, il en fait sa demeure habituelle, tandis que le fermier B... en est tenu à l'écart et se voit dans la nécessité de résilier le bail. Les magistrats, de leur côté, ont cessé d'exercer leur action répressive contre cet irresponsable qu'on se refuse à admettre à l'Asile. Il faut les doléances insistantes de Mme ***, pour que X... soit enfin saisi par la gendarmerie, le 22 juillet 1891, sous l'inculpation de violation de domicile et de bris de clôture.

Alors fut confié à une commission médicale, composée de trois membres, au nombre desquels j'étais, le soin de réexaminer l'état mental du prévenu.

Cette fois, les conclusions du rapport, affirmant l'entière irresponsabilité de X..., ne rencontrèrent plus d'obstacle à son internement dans l'asile d'Albi, où il entrait définitivement le 17 octobre 1891. Il y mourait de fièvre typhoïde le 16 février 1893.

Obs. II. — *Monomanie intellectuelle de conservation de la propriété (suite d'expropriation). — Quatre arrestations pour violation de domicile, dont la première en juillet 1890. — Trois rapports médico-légaux. — Trois jugements d'irresponsabilité. — Internement en février 1895.*

Z... (Jean-Pierre), quarante-huit ans, acquiert, en septembre 1880, un petit bien rural au prix de 4,200 francs. La somme de 2,900 francs restant encore due en 1888, sa créancière, la demoiselle T..., exerce des

poursuites en expropriation et devient adjudicataire de la propriété de B... en novembre 1888.

S'emparant d'une question d'illégalité de poursuites soulevée par son avocat (la dénonce en saisie et la signification du jugement d'expropriation ne lui ayant pas été remises dans les conditions absolument régulières), assurant, en outre, avoir versé à la demoiselle T..., sans en conserver quittance, certaines sommes par elle réclamées, Z... prétend que le domaine de B... reste encore sa propriété et que, si les tribunaux en ont jugé différemment, c'est qu' « on ne lui rend pas justice ».

Conformant ses actes à ses prétentions, en arrivant de Béziers, où il travaillait au moment de l'adjudication, il réintègre la ferme, dont il enfonce la porte d'entrée. Se substituant au fermier B... qui tient sa place, il partage avec lui certaines récoltes et s'en réserve d'autres.

Sur ces faits, une instance s'instruit contre lui pour violation de domicile et usurpation de récoltes. En ce temps, notre Z..., étant allé à Albi, le 4 juillet 1890, pour s'y faire engager comme moissonneur, trouve dans un incident minime (altercation engagée entre un propriétaire et quelques moissonneurs au sujet de la quotité du prix de la journée) l'occasion de se montrer insolent vis-à-vis des agents de police, qui l'arrêtent. La violence extrême et obstinée de ses actes à la prison municipale, dont il frappe et ébranle les fermetures (soit d'abord avec son baquet et ses souliers ferrés, soit, une fois déchaussé et démuni du baquet, avec ses pieds nus), le fait traduire le lendemain en police correctionnelle. Le Tribunal, à son sujet, rendait le jugement suivant :

« Attendu que Z..., amené par la gendarmerie à la barre du Tribunal, et avant d'avoir été interrogé sur les faits qui lui sont reprochés, s'est écrié qu'*il n'y avait pas de justice,* que tout le monde le trahissait, et a tenu des propos incohérents, qu'il a même menacé du poing un agent qui se trouvait à l'audience, en l'accusant d'avoir voulu attenter à ses jours; qu'il a refusé d'obéir aux injonctions du Président, qui à plusieurs reprises l'a invité à s'asseoir sur le banc des prévenus; qu'enfin il a été impossible d'avoir de lui une réponse raisonnable; que Z... ne paraît pas jouir de la plénitude de ses facultés mentales;

« Attendu, dans ces circonstances, et conformément d'ailleurs au réquisitoire de M. le Procureur de la République, qu'il y a lieu de faire procéder à un examen médico-légal dans le but de savoir s'il jouit de ses facultés mentales et peut être déclaré responsable de ses actes;

« Par ces motifs, le Tribunal ordonne que, par les soins de M. Guy, médecin aliéniste, l'inculpé sera examiné et que ledit docteur, après avoir préalablement prêté serment, fera connaître au Tribunal si l'inculpé jouit de la plénitude de ses facultés mentales et peut être déclaré responsable du délit qui lui est reproché... »

« Z... (Jean-Pierre), dit l'honorable médecin en chef de l'Asile du Bon-Sauveur d'Albi, est de taille moyenne, il ne présente pas de trace de dégénérescence extérieure notable, pas d'asymétrie faciale; le palais n'est pas en ogive; les dents sont bien plantées; le front est court, étroit et un peu fuyant, la face maigre. Il n'a jamais eu d'absence ou de

perte de connaissance; n'a jamais uriné au lit ou remarqué de l'écume ou de la salive sur son chevet. On ne trouve sur lui aucune trace d'accidents syphilitiques quelconques. Le gardien en chef de la prison n'a rien remarqué de bien particulier en lui; il vit comme les autres détenus et obéit aux ordres qu'on lui donne.

« Quand on s'entretient avec Z... des faits de la cause, on observe que ses yeux s'animent, que l'expression devient parfois un peu trouble; toute son attitude traduit une certaine excitation, mais l'agitation s'accentue et va jusqu'au délire à la lecture de certains documents, notamment des divers renseignements fournis par M. le Juge de Paix de V... » (On verra plus loin quels sont ces renseignements.)

Notre confrère ajoute que Z... (Jean-Pierre) a été soldat; que, durant son service militaire, il a eu vingt-huit jours de salle de police et seize jours de prison; que ses seules maladies ont été une affection du poumon et une dysenterie. D'après les renseignements fournis par le prévenu lui-même, son père, mort à quatre-vingt-dix ans, était en démence dans les cinq ou six dernières années de sa vie; il se livrait à la boisson.

« Un de mes oncles, rapporte Z..., était très intelligent, les autres lui en voulaient parce qu'il avait fait plusieurs inventions; il est mort dans le dénûment et la misère. Un autre frère de mon père a été deux fois condamné pour battestes. Une de mes sœurs a eu, en 1890, une maladie résultant de son sang; elle faisait des folies à la maison : pendant ce temps, elle était agitée, jetant ses habits. Quand elle voulait se rendre dans les foires, on la faisait accompagner, de peur qu'elle n'injuriât les gens. »

Le Dr Guy relate ensuite les circonstances d'un certain nombre de condamnations qui ont successivement atteint Z... :

1° A Milhau, pour avoir pris le parti d'un moissonneur qu'on arrêtait (30 juillet 1885);

2° A Albi (31 octobre 1885), pour s'être opposé à ce que son métayer pénétrât dans son logis, contigu à la maison d'habitation du maître, et pour avoir fait feu sur lui en le blessant;

3° A Béziers (14 mars 1888), pour avoir frappé un certain Paulin G..., qu'il accusait d'être l'amant de sa femme. Il est dit dans la procédure que Z..., en entendant, dans cette circonstance, la sentence de sa condamnation à six jours de prison, s'était écrié : « Non, non, c'est injuste; vous me condamnez sans preuves; vous chargez votre conscience; c'est la troisième fois que je suis condamné à tort; c'est trop fort... »

M. le Président ordonne aux gendarmes de procéder à son arrestation; le prévenu résiste, se cramponne au siège du Tribunal.

Ramené plus tard à l'audience, il s'écria de nouveau : « J'ai été condamné à tort; Paulin G... a eu des relations avec ma femme; il me poursuit de ses tracasseries incessantes; j'ai résisté aux gendarmes pour ne pas être attaché; je ne les ai pas frappés. Si on a trouvé sur moi un revolver chargé, le motif en est que je porte toujours cette arme pour ma défense. Je ne regrette pas ce que j'ai fait. »

Sur le motif du jugement et le prononcé de la peine (3 ans de prison),

il s'est écrié : « Ce n'est pas assez; mettez-en davantage; plus encore, six ans, dix ans; faites que je ne sorte plus; *vous mangez mon petit bien qui ne vous a rien coûté à gagner;* vous soutenez G... »

Cela étant rapporté pour faire connaître l'irritabilité extrême de Z..., ces singuliers débordements d'invectives et de provocations faisant suite, à un moment donné, à sa taciturnité habituelle, où perce si nettement déjà sa vive et constante sollicitude pour sa ferme de B..., dont il n'est point encore exproprié, j'aborde ce qui, dans l'organisation mentale de Z..., se rapporte plus spécialement à notre sujet d'étude :

« *D.* Vous êtes poursuivi, lui demande le Dr Guy, pour violation de domicile et usurpation de récoltes?

» *R.* On m'a exproprié injustement; je ne devais plus que 200 francs à mon vendeur.

» *D.* La procédure établit que vous n'avez payé que 1,300 francs. On n'a trouvé, en effet, aucune trace des paiements que vous dites avoir faits ultérieurement.

» *R.* Marie T... peut dire ce qu'elle voudra; je l'ai payée.

» *D.* Si vous l'aviez payée, vous ne lui auriez pas dû les intérêts accumulés. (Z... payait, en effet, des intérêts supérieurs à ceux de la somme qu'il prétend aujourd'hui devoir à sa créancière.)

» *R.* Je l'ai payée; je ne savais pas où j'en étais exactement de mes versements; mais, dans les interrogatoires du Juge d'instruction qui a mieux fixé mes idées, j'ai compris que je ne lui devais que 200 francs.

» *D.* Quoi qu'il en soit, vous avez pénétré dans une propriété qui, en vertu d'une adjudication, ne vous appartenait plus?

» *R.* Oui, et j'ai remarqué plusieurs choses. Marie T... avait méchamment cassé un carreau, levé une trappe et laissé tomber du foin. Pour me faire des misères, on avait mis des pierres, du fumier et de la terre dans une fontaine... Des enfants venaient, malgré ma défense, faire boire des chevaux à ma fontaine et ils le faisaient à l'instigation de mes ennemis.

» *D.* Vous avez donc des ennemis?

» *R.* Oui, notamment le Juge de Paix de V...; il m'en veut depuis longtemps. Puis le cousin de M. ***; enfin, mon voisin C...; mais mes principaux ennemis sont M. le Juge de Paix et C..., ils s'entendent entre eux pour me faire arriver toutes les misères possibles; et, tenez, on m'en veut si bien, que même l'avoué de Marie T... a essayé de provoquer de la part du fermier B... une déposition mensongère. »

Après avoir relevé différentes dépositions ou témoignages, sur lesquels nous reviendrons, et où Z... est signalé tantôt « comme ayant bonne réputation, mais emporté et simple d'esprit », tantôt comme « violent et dangereux », tantôt comme « très entêté et entendant difficilement raison », enfin « comme ne jouissant pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles », le Dr Guy, envisageant surtout en Z... le persécuté dégénéré, conclut en ces termes :

« De tout ce qui précède, nous nous croyons en droit de conclure :

» Que Z... est un dégénéré héréditaire;

» Que depuis longtemps, il n'a pas *la pleine possession* de lui-même;

» Que, chez cet homme à esprit borné, dominent des instincts de violence native qu'il est incapable de réprimer;

» Qu'il est irresponsable des scènes de violence des 4 et 5 juillet 1890, comme aussi des délits de violation de domicile et autres pour lesquels il a été poursuivi.

» En outre, Z... est atteint d'un délire de persécution qui va en s'aggravant et qui ne peut que devenir plus intense par suite des péripéties de son procès;

» Enfin, il est à redouter que cette forme de délire ne le rende dangereux pour la sécurité des personnes. »

Le Tribunal basait sur ces conclusions un jugement de relaxe, déclarant le prévenu irresponsable. Mais cette irresponsabilité, non entachée immédiatement du caractère dangereux des actes, ne devait pas aboutir à l'internement. Aussi Z... se rend-il aussitôt au Bas-Languedoc et y reste sept ou huit mois. Au bout de ce temps, il reparaît à B..., escalade une fenêtre et, se substituant au fermier, « installe dans la maison une table, des paniers, une malle, certains ustensiles de cuisine et des instruments de travail ». Ici, comme ailleurs, ses habitudes laborieuses ne changent point : les jours de la semaine, il va travailler, ne passant à sa ferme que la nuit et la journée du dimanche.

Sous l'inculpation de violation de domicile et de bris de clôture, Z... est de nouveau soumis, le 8 juillet 1891, à l'examen médico-légal d'une commission de trois membres : « Une idée, est-il dit dans ce rapport du 31 juillet 1891, une idée a prédominé chez Z..., devant laquelle le sentiment *de véracité* s'est peu à peu altéré au point de l'amener à la conviction que B... est devenu son bien personnel; c'est que cette propriété, sur laquelle il comptait vivre, qu'il a payée, en partie, du « fruit de ses sueurs », lui échappe sans qu'il ait rien à en attendre, sans la moindre compensation.

De là, chez cet esprit borné, que le malheur et le ressentiment aveuglent, des réclamations contre les tribunaux qui le condamnent. Vainement, on l'exhorte à se soumettre aux décisions des magistrats, en lui faisant entrevoir que c'est à tort et sans résultats favorables qu'il essaie de résister aux lois : « Il n'y a point de justice, répète-t-il. Perdre mon bien de B..., c'est trop perdre pour que je l'abandonne. Il m'a trop coûté à gagner. J'y reviendrai quand bien même le Tribunal me condamnerait. »

Comme on lui fait observer qu'il pourrait lui en coûter d'agir ainsi : « Eh bien, il m'en coûtera cher, répète-t-il, mais il en coûtera bien cher à d'autres aussi; il arrivera des accidents; car, si on m'attaque, je suis en état de me défendre. Si on me met en prison, tant pis; autant vaut mourir d'une manière comme d'une autre. »

La commission, tout en faisant la part large aux entraînements morbides dans ces revendications obstinées de Z..., ne crut pas, néanmoins, devoir l'absoudre de toute mauvaise foi dans ses démêlés de compte avec sa créancière.

L'examen minutieux des éléments de la discussion survenue entre Marie T... et Z... au sujet du paiement de la propriété révélait, en effet, que Z..., presque jusqu'à la veille de l'expropriation, avait payé les intérêts des sommes réclamées aujourd'hui par Marie T...; ce par quoi il reconnaissait bien en être le débiteur.

D'autre part, la contestation de validité de procédure en saisie, établie par Z... sur le fait qu'il n'aurait pas été informé chez lui de cette poursuite, ni de la prononciation des jugements ultérieurs, confirmatifs de la validité de l'expropriation, paraissait manquer de sincérité, étant donné que, selon la déposition de Mlle T..., Z..., dans la lettre qu'il lui écrivait du Bas-Languedoc, en juin 1888, pour lui déclarer qu'il ne pouvait plus payer, se gardait bien de donner son adresse, et que, d'après un autre témoignage relaté plus loin, Z..., employé à cette époque chez un régisseur de Béziers, se refusait à faire connaître son état civil.

A cause de ces faits, la commission concluait simplement à une limitation de la responsabilité.

De son côté, le Tribunal, persistant dans les motifs de son précédent jugement, de nouveau déclarait le prévenu irresponsable.

Libéré le 9 octobre 1891, Z... revient à sa prétendue ferme et y séjourne jusqu'au 10 décembre. A ce moment, il part pour le Bas-Languedoc et s'y place en qualité de domestique. Il y reste jusqu'à la Saint-Jean. Vers cette époque, de retour à B..., « il s'introduit dans l'habitation par une trappe d'écurie et s'y établit, récoltant les châtaignes, coupant une certaine quantité de bois ».

Après les moissons, qui l'ont entraîné du côté de l'Aveyron, il se dirige de nouveau dans l'Hérault à l'occasion des vendanges, où il est arrêté vers le milieu de septembre pour ces derniers délits de vol et de violation de domicile.

Après quinze jours de prévention, il est relaxé en vertu des précédents jugements. Il se transporte alors à B... et s'y fixe jusqu'en décembre 1892, époque à laquelle on le retrouve à Béziers.

A la fin de juin 1893, il remonte à B..., où il ne passe que deux jours, et de là va moissonner dans l'Aveyron. Au mois d'août, les vendanges le ramènent à Béziers.

Le 10 septembre, il est de retour à B... jusqu'au 10 décembre 1893, pour la récolte des châtaignes. Enfin, il était au Bas-Languedoc le 9 janvier 1894, jour de sa dernière arrestation.

Chargé par le Parquet d'Albi de réexaminer à ce moment l'état mental de Z..., nous le trouvons tel qu'il avait été constaté dans les précédents rapports : ce sont toujours les mêmes revendications obstinées sur la propriété de B..., entraînant la répétition incessante des actes délictueux. Partout, dans les témoignages et les enquêtes consignées dans la procédure, nous ne voyons que la preuve de la domination exercée sur lui par cette pensée de propriété.

« Nous l'avons questionné, disaient les gendarmes R... et M... dans leur procès-verbal du 4 juin 1891, sur les motifs qui l'obligent à revenir

habiter son ancienne maison sise à B...; il nous a répondu *paisiblement* et *catégoriquement* que, s'il habitait cette maison, c'est qu'il en possédait la clef, que son bien avait été vendu à son insu et sans qu'il eût été cité régulièrement pour comparaître le jour de la vente; qu'il se tenait du reste à la disposition de la justice au jour qu'elle jugerait convenable de l'entendre pour défendre ses intérêts, ajoutant qu'il y resterait jusqu'à nouvel ordre; que, du reste, c'était sa seule et unique propriété.

Dans un nouveau procès-verbal du 5 juillet 1891, les mêmes gendarmes affirment qu' « il ne cesse de dire que, bien qu'il soit condamné à la prison, dès sa sortie, il reviendra habiter la maison de B... »

Le 9 juillet 1891, comme M. le Juge d'instruction lui demande : « Lorsque vous serez mis en liberté, essaierez-vous encore de revenir sur les biens et dans la maison dont vous avez été exproprié? — Oui, Monsieur, répond-il, ce bien m'a trop coûté à gagner, et je veux m'y maintenir. »

Dans un interrogatoire du 13 janvier 1894, fait par M. le Juge d'instruction, nous lisons encore :

« *D.* Par jugement d'adjudication du Tribunal d'Albi, en date du 3 novembre 1888, votre propriété a été acquise par la nommée T...?

» *R.* J'avais désintéressé cette fille et elle n'avait pas le droit de me faire exproprier.

» *D.* Ne regrettez-vous pas ce que vous avez fait?

» *R.* Non. Tant qu'on ne me fera pas mon droit, je continuerai de faire ce que j'ai fait chaque année. »

Voici, d'autre part, une partie des réponses que nous fournissait, à l'époque de ce troisième examen, l'interrogatoire de Z... :

« *D.* Vous trouvez donc toujours le moyen de vous faire enfermer?

» *R.* Nous resterons dedans..., puisqu'on ne veut pas me rendre justice.

» *D.* Pourquoi n'abandonnez-vous pas cette propriété qui ne vous donne que des ennuis?

» *R.* C'est inutile, cela m'a trop coûté à gagner.

» *D.* C'est donc que vous conservez l'intention d'y revenir?

» *R.* Lorsque je sortirai, j'y reviendrai, à moins qu'on ne me rende l'argent que j'ai donné en acompte à Mlle T... pour le paiement de B... et la valeur de mon mobilier vendu par expropriation... Si les Juges et le Président étaient à ma place, ils feraient comme moi... Si je suis condamné, je ferai appel.

» *D.* Lorsque vous êtes au pays bas, libre, gagnant de belles journées, n'êtes-vous pas plus satisfait qu'en prison?

» *R.* Si, j'y suis très content; je gagne beaucoup d'argent.

» *D.* Alors, pourquoi n'y restez-vous pas, au lieu de conserver des prétentions qui n'aboutissent qu'à vous faire enfermer?

» *R.* Pour perdre, on est toujours à temps... Cela m'a trop coûté...; à cinquante ans, je ne puis plus me faire un avenir..., il me faudrait plutôt mendier...; du reste, ne me parlez plus de cela, » ajoute-t-il d'un air impatienté.

Ainsi se montre Z..., de plus en plus ancré dans ses prétentions; à aucun moment, il n'hésite sur la légitimité de ses doléances. Par un processus quelconque, il est arrivé à la conviction que B... est bien sa propriété, et cette conviction dont il est animé dirige des actes dont la conviction ardente peut assurer seule la continuité.

Pour mieux assurer le succès de ses revendications, Z..., de la prison, fait directement appel tantôt au Procureur d'Albi, tantôt au Procureur général, en des suppliques — adressées en janvier 1894 — que nous rapportons aussi fidèlement que possible; car, outre qu'elles ne contribuent pas peu à montrer le caractère de notre sujet, elles sont l'expression à peu près invariable des motifs allégués pour la revendication de ses prétendus droits :

« A MONSIEUR LE PROQUREUR A ALBI,

» Monsieur me voila depuis 15 jours an arrestation retiré de sur mon » travail néyant que ma jour pour vivre Je ne me voit pas appeler au » tribunal pour etre jugé ou mis an liberter et janvoi qui sont rentré » appré moi et yls ont été appeler au tribunal pour être jugé Je ne s'est » pas de quoi vous voulé faire de moi un mandiant ou un fénéan ou un » voleur. Cependant je né pas besoin de la prison pour gagne pain pour » mabillé tamps que je suis capable de travailler Je crois fort bien mon» sieur le proqureur que lon vous a fait croire ce qui ne repose pas sur » mon cœur ni sur sur ma connaisse insi vellié me donner votre protec» tion suivant votre pouvoir de la loi et la charité de vos samblable de la » triste position que je me trouve que je puisse conservé l'honneur de la » famille Je comte sur votre atantion et sur votre Respect

» Je vous salue de ma Parfaite considération » Z... »

« Monsieur Le proqureur général je me met a jiunoux pour vous » demander un service de droi qui me concerne dans mes interets » personel de mon petit avoir que jé gagné de jours et de nuit part mes » fatigues et sueurs me voila a un âge un peu avancée agé de 51 an et » perdu ma santé a la campagne de 70 et 71 ne pouvant pas me livré à » des travaux sérieux Me voila depuis le 9 du courant mis an arretation » Retiré de sur mon travail néyant que ma petite journée pour vivre » voila la quatrieme fois que lon me retire de sur mont traval et appré » on me met an liberté appré mavoir gardé trois ou quatre moi cloué » sous le verrou Veullie avoir la bonté de me faire passer a un jugement » ou mis an liberté que cela an finisse dune maniere ou de lautre. Si » vous maccorder cette satifaction que je vous demande avec droi que jé » acheter une petite propriété par acte nottarié et quitancer peyer a » Marie T... conjointement par le délé voulu suivant nos accorts voyant » quelles avet une prise sur une quitance mal comprise par le notère La » vente na pas été regullière elle veut à toute force être metre de la » propriété Voila pour le motif que lon me met an arestation Si vous » pouvé me donner votre Protection vous agiré suivant la loi et la charité » de vos semblables Je comte sur votre atantion pour suivant votre

» pouvoir consservé lonneur de la famille Oui Monsieur le Proqureur sé
» un charité que vou féré à ma personne et à la famille
» Je vous salue de ma parfaite considération
» Z... (Jean-Pierre.)

» Voissi mon adresse à Alby a la Meson darré. »

Après avoir observé Z... dans ses préoccupations relatives à la ferme de B..., il reste intéressant de savoir ce qu'il est en dehors de ce milieu spécial d'obsessions, qui déroutent son esprit et vicient ses tendances.

C..., voisin de l'inculpé, rapporte en 1891 : « Tous les membres de la famille Z... ont la réputation *d'être extrêmement entêtés.* »

L..., autre voisin : « Il m'intenta un procès ridicule, prétendant posséder exclusivement les patus du hameau de C..., contrairement aux termes formels d'un acte de partage... Z..., lorsqu'il a conçu qu'une chose doit être, qu'elle soit raisonnable ou qu'elle ne le soit pas, ne démord jamais... C'est un homme violent et méchant; mais je ne crois pas qu'il soit fou. »

Jean-Pierre, domestique au même titre que Z... chez un régisseur à Béziers : « Z... est d'un *caractère taciturne;* il ne parlait jamais à personne et aimait d'être seul; malgré cela, il était très actif à son travail et jouissait très bien de ses facultés mentales. Le dimanche, au lieu de se rendre à Béziers avec nous, il restait à la campagne et se *promenait dans les champs.*

R..., domestique : « Pendant les cinq mois qu'il a travaillé à la campagne, il parlait très peu et cherchait toujours à être seul au travail; il était bon ouvrier, économe, et jouissait d'après mon appréciation, de ses facultés mentales. J'ajouterai que, quelques jours avant son départ pour la campagne, le régisseur nous donna à tous les feuilles de recensement des familles; lui, refusa de donner la sienne et s'obstina à ne vouloir pas faire connaître son état civil au régisseur. »

Jeanne F..., domestique : « J'ai toujours remarqué que, pendant les repas, les autres domestiques l'interrogeaient; parfois, il ne répondait rien; le repas terminé, il sortait dans la cour, sans rien dire à personne; il était très obéissant, mais était d'un caractère sombre; malgré cela, il jouissait de la plénitude de ses facultés mentales. »

M. G..., médecin, Juge de Paix à V..., interrogé le 11 juillet 1891, répond : « En général, les voisins considèrent Z... comme jouissant de l'intégrité de ses facultés intellectuelles et simplement comme un homme méchant, coquin et dangereux. Je ne partage pas tout à fait cette manière de voir... Z... devient monomane dès qu'il s'agit de ses intérêts; son jugement devient alors tout à fait faux; il s'imagine que tous ceux qui ne partagent pas sa manière de voir sont des ennemis qui veulent le persécuter; *il entre en fureur si on discute avec lui et qu'on ne soit pas de son avis, son imagination s'exalte jusqu'au paroxysme,* et il arrive qu'il *n'est plus le maître de ses actes.* »

Tel est à peu près l'ensemble des renseignements et des appréciations sur lesquels nous établissions notre rapport, ajoutant avant de conclure :

« Ainsi apparaît Z..., taciturne, recherchant l'isolement, éminemment excitable et violent, menteur dans ses allégations intéressées, d'un entêtement obstiné et illogique dans ses revendications sur B..., tous caractères qui, à côté de ses aptitudes de bon ouvrier, de son activité au travail, de son économie rangée, constituent les marques d'une déséquilibration mentale susceptible de prendre place dans le cadre de la monomanie raisonnante ou folie de caractère.

» De là dérivent ces âpres tendances à la possession « de terres » qu'il a, en partie, payées du fruit de ses sueurs, ces invectives de persécuté contre les juges qui ne lui accordent pas ses droits, son ingérence étrangement obstinée et malfaisante dans la propriété de B..., procédant par violence, et faisant courir non seulement un préjudice matériel considérable aux détenteurs légitimes de ce bien, mais un danger constant pour la sécurité de leur personne et de leur vie.

» C'est en présence de cet état complexe et mal défini, tant au point de vue de la criminalité que de l'aliénation, mais où on ne peut s'empêcher de voir une déviation des énergies d'une volonté infirme, que nous devons nous poser et la question de la responsabilité pénale et surtout celle d'opportunité répressive.

» Comme le cas de Z... comporte une solution durable, est-ce à la prison qu'il convient de demander une détention illimitée et, partant, bien au-dessus de son délit et de sa responsabilité amoindrie, alors surtout qu'il est de ceux chez lesquels, selon l'expression de Maudsley, « la crainte et l'infliction du châtiment provoquent à plus de déraison ou plus de violence » ? — Est-ce plutôt l'Asile d'aliénés, où les besoins d'une surveillance spécialement adaptée aux tendances de l'inculpé condamnent nécessairement à une inertie malsaine un homme tel que Z..., dont la laborieuse activité, reconnue de tous, mérite d'être exercée et mise à profit ?

» A notre avis, l'inculpé trouverait mieux sa place, ainsi que tant d'autres dégénérés dangereux, dans ce que les criminologistes ont déjà dénommé *prisons-asiles*, sortes d'organisations mixtes tenant à la fois des administrations manicomiales et pénitentiaires. Mais, à défaut de cela, la pire solution étant encore de nouveaux relaxes suivis de liberté, nous opterons pour ce qui, de l'emprisonnement ou de l'internement, réalise les meilleurs moyens de préservation sociale, tout en tenant compte, dans la plus large mesure, des conditions physiques et mentales de l'inculpé.

» D'où ces conclusions :

» 1° Z... est un dégénéré héréditaire et le caractère des actes dont il est accusé est de nature à amoindrir la responsabilité morale de leur auteur.

» 2° Ses entraînements obstinés à violer une propriété qui ne lui appartient pas, et plus encore son naturel emporté et violent le rendent dangereux pour l'ordre et la sécurité des personnes.

» 3° Il est absolument indispensable de le soustraire aux causes qui sollicitent impérieusement et illicitement sa volonté mal équilibrée.

» 4° La série successive de ses emprisonnements antérieurs, pour les mêmes délits, son attitude actuelle à la maison d'arrêt, prouvent surabondamment l'inanité des moyens de répression pénitentiaire au point de vue de son amendement.

» 5° Il appartient actuellement aux Asiles d'aliénés, faute d'organisation mieux appropriée à ces états plus ou moins morbides, de recevoir les monomanes raisonnants, fous moraux, certains dégénérés dangereux au nombre desquels doit être rangé Z... »

A la suite de ce dernier rapport, Z... ne tarda pas à être amené à l'Asile d'Albi. Là, il s'est montré généralement concentré, solitaire. A diverses périodes, et d'ordinaire c'est à l'époque des travaux des champs qui réglaient antérieurement les habitudes de notre sujet (vendanges, moissons, travaux des vignes), sa taciturnité fait brusquement place à des emportements violents, à des débordements d'invectives, de récriminations au sujet de la privation de ses prétendus droits et de sa détention à l'Asile. Il s'en prend surtout aux médecins, « qui, dit-il, veulent le faire passer pour fainéant, bête, déshonorer sa famille. » A haute voix, seul, il suppute les chances et moyens de parvenir à la repossession de B... A un gardien, confident de ses doléances, il disait encore naguère qu'il irait en Cour d'appel, ne pouvant se résoudre à son âge à être privé du fruit de toutes ses économies. Depuis quelque temps (et c'est sans doute dans l'espoir de mieux arriver à ses fins), l'idée de se faire transférer dans un autre Asile hante son cerveau.

L'instinct de conservation de la propriété, devenu par un ensemble de conditions individuelles et accidentelles un état morbide, tel est ce qui semble résulter du rapprochement de ces observations.

Le haut degré d'insuffisance mentale de Paul X..., — sujet de la première observation, — dispense de poursuivre bien loin l'analyse de ses attributs psychiques et de la déviation de ses tendances naturelles. Tout est rudimentaire en ses facultés mentales, le jugement, la mémoire, l'affectivité. La volonté dépasse peu chez lui la portée de l'instinct, qui, lorsqu'il s'adresse au sentiment de conservation de la terre, prend ce caractère d'exaltation sans mesure, et donne à ses actes de résistance cet acharnement de brute inconsciente des dangers courus et des motifs de sa défense.

En raison de la nature purement instinctive de ses mouvements, il leur faut, pour se produire avec cette violence, la sollicitation immédiate et objective des causes provocatrices. La pensée seule de sa ferme est incapable d'éveiller en lui une émotion tant soit peu vive. A la prison comme à l'Asile, il est

heureux de vivre, du moment qu'il a du pain à sa disposition. C'est en automate surtout, qu'incessamment il est revenu à sa maison de G..., où ses habitudes l'appelaient.

La monomanie de X... n'est donc point la monomanie intellectuelle de Z..., ni de Jeanne (observ. Gir. de Cailleux).

Chez ces derniers, la pensée obsédante du petit bien perdu suit partout, soutenue par un cortège d'idées d'injustice, de sueurs inutilement versées, de ruine, de persécution, par cette ténacité chez eux naturelle, mais devenue en cette circonstance véritablement impulsive, au point de les amener, contre toutes menaces et contre tout châtiment, à prendre plusieurs fois de suite possession de leurs prétendues propriétés.

En outre, Jeanne et Z... sont tous deux extrêmement laborieux, économes, et ces attributs de leur organisation psychique, joints à leur ténacité native, ne contribuent pas peu à resserrer les liens de ce groupe de *conservateurs.*

Aussi, en raison de cet ensemble de dispositions particulières, conçoit-on leur révolte à la pensée de cette expropriation où la légalité des procédés judiciaires, ne tenant aucun compte ni des labeurs de Jeanne, ni des acomptes déjà considérables versés par Z..., ne pouvait s'offrir à leur esprit mal préparé à la soumission que sous la forme de l'injustice. « On ne leur fait pas leur droit, » parce que, sans compensation aucune, l'un voit perdus son travail et ses sueurs, l'autre le bénéfice de ses longues économies.

La ressemblance de Z... et de Jeanne se poursuit jusque dans cette surexcitation progressivement croissante que déterminent les comparutions multiples devant les juges, les condamnations, les détentions à la maison d'arrêt.

Mais il y a là plus qu'une particularité intéressante, dans ces faits pareillement reproduits chez Jeanne et Z...; nous n'y voyons surtout l'intervention judiciaire s'exerçant à la façon d'un réactif qui, parmi les diverses modalités de perversion de l'instinct de conservation de la propriété, permet de distinguer : d'une part, celles, principalement envisagées ici, que les contacts de la justice irritent et aggravent et, d'autre part, celles qui trouvent dans l'application des sévérités pénales leur véritable remède.

C'est à cette dernière catégorie de faits que se rattache l'his-

toire d'un autre exproprié de notre connaissance qui, durant six mois, en proie à une grande exaltation, défendit, fusil en main, l'accès de son ex-habitation à l'acquéreur de son immeuble et aux agents chargés de son expulsion.

Il avait longuement plaidé avec son voisin, au sujet d'un mur mitoyen, et, à la suite du procès perdu, les frais de procédure, l'indemnité entraînèrent le résultat inattendu d'une saisie, contre laquelle se révoltèrent violemment toutes ses habitudes et tous ses goûts de propriétaire.

Arrêté pour violation de domicile, une condamnation à la prison ne tardait pas à insinuer le calme et la soumission dans son esprit antérieurement troublé.

A la suite de ce fait, de ceux qui précèdent, rassemblant ici et résumant les considérations qui peuvent en être déduites, au point de vüe spécial de la médecine légale, nous ajouterons :

1° Il existe une variété de dégénérescence dont un syndrome constitué par la déviation morbide de l'instinct de conservation de la propriété est le caractère dominant, sinon exclusif.

2° Cette catégorie de monomanes conservateurs de la propriété, plutôt défensifs qu'offensifs dans la revendication de leurs droits, semble devoir être rapprochée d'une certaine autre variété de monomanes processifs, chez lesquels aussi est mis en jeu l'instinct de propriété, mais où les revendications sont offensives.

3° Il est pratiquement important de différencier de bonne heure, parmi cette classe de dégénérés, détenteurs du bien d'autrui :

a) Ceux qui, irritables, insoumis et dotés d'une grande ténacité, trouvent dans l'intervention de la justice la persistance et surtout l'aggravation de leur état morbide.

b) Ceux que l'appareil judiciaire et les sanctions répressives amènent aux sages résolutions et au redressement des actes incriminés.

Aux premiers convient l'organisation des Asiles d'aliénés, même dans son insuffisance actuelle.

A la deuxième catégorie doit être réservée la pénalité ordinaire.

4° C'est utilement que les magistrats connaîtront ces variétés nosologiques. Loin de se mettre en lutte avec les *obstinés irréductibles*, ils sauront s'assurer, à temps, du concours du médecin aliéniste, au bénéfice de ces mentalités défectueuses et aussi de leur propre tranquillité.

M. H. MABILLE. — **Torticolis mental chez un dégénéré héréditaire.**

Plusieurs auteurs ont décrit récemment une attitude spéciale de quelques individus, attitude sans fixité et qu'ils ont désignée sous le nom de *torticolis mental.*

Depuis de nombreuses années un malade atteint de cette affection existe dans mon service de l'Asile de Lafond.

Le nommé H... a été arrêté, en juillet 1885, pour outrages publics à la pudeur.

Je ne saurais mieux faire que de produire le certificat médico-légal que je fus alors appelé à rédiger :

Je, soussigné, Directeur-Médecin en chef de l'Asile de Lafond, certifie avoir soumis à une observation prolongée le nommé H..., inculpé d'attentat à la pudeur.

Après avoir prêté serment, j'ai rédigé le rapport suivant :

Le nommé H... est un homme de taille élevée, d'une forte constitution. Quand on lui parle, il remue la tête d'un air bizarre, prétend tantôt qu'il est fou, tantôt qu'il ne l'est pas, qu'il est simplement un peu « maboule ».

Si l'on vient à lui parler des actes qu'il a commis, il répond que ce sont les petites filles qui l'ont provoqué aux actes que l'on sait, et il parle de la façon la plus cynique des actes qui lui sont reprochés. Il entre néanmoins une part d'exagération dans les actes du malade, qui commet toutes sortes d'excentricités, mais qui n'a pas perdu toute conscience de sa situation et qui comprend qu'il a tout intérêt à être considéré comme aliéné. Si, par exemple, on dit de façon qu'il entende : « H... n'est pas fou, car s'il l'était il serait riche à millions, » il est certain que quelques instants après H... dit « qu'il est riche à millions ». De plus, une des premières choses qu'il a faites lors de son arrivée à l'Asile a été de courir comme un insensé en gesticulant et en faisant des gestes bizarres. « Voyez donc comme je suis fou, disait-il. » *Il affecte parfois des poses de tête invraisemblables, en disant qu'il a une maladie de cou. Or, si ces tendances à pencher la tête relevaient d'une contracture véritable des muscles du cou, elles ne pourraient se produire à la volonté du sujet indifféremment d'un côté ou d'un autre, ce qui a lieu dans le cas présent.*

H... accuse des bourdonnements dans les oreilles et dit qu'il ne voit ni animaux ni choses terrifiantes ; le sommeil et l'appétit sont bons et il a suffi souvent de quelques menaces de diète pour faire cesser ses velléités de bizarreries. Mais ce que nous constatons presque tous les jours, ce sont les tendances lascives du nommé H... Cet individu déboutonne souvent son pantalon, montre ses parties aux autres malades et les provoque à des actes d'onanisme ou autres ; il est dépourvu de tout sens moral. De plus, il se livre souvent à la masturbation, même pendant les repas ; lorsqu'on lui donne des bains, on est obligé de lui attacher les mains, car il se livre durant le bain plusieurs fois à sa passion.

Ainsi, d'un côté, je note chez H... un affaiblissement du sens moral et des tendances érotiques très accentuées et de l'autre une certaine conscience de ce qu'il fait et la tendance à simuler des actes de folie.

Pour moi, H... est avant tout un homme déséquilibré, chez lequel toute conscience n'est pas abolie ; il rentre dans cette classe d'individus que Lasègue a si bien décrits sous le nom d'*exhibitionnistes.*

Or, ces individus sont, d'après ce maître, des débiles et souvent des héréditaires. D'ailleurs, comme MM. Christian et Ritti l'ont démontré (article *Onanisme* du *Dictionnaire* de Dechambre), les onanistes du genre de H... sont, en thèse générale, des faibles d'esprit.

En sorte que l'onanisme dans ces cas n'est pas la cause, mais bien le produit de l'affection mentale.

Il demeure donc acquis pour moi, et sous les réserves que j'ai faites plus haut, que le nommé H... est atteint de débilité mentale avec érotisme et tendance à l'alcoolisme ; qu'il est un exhibitionniste et que, par conséquent, il ne saurait être responsable des actes qui lui sont reprochés.

Je termine en déclarant que la place du nommé H... est dans un Asile d'aliénés, où il doit être maintenu d'office pour sauvegarder les bonnes mœurs et la sécurité des personnes.

J'ai tenu à transcrire dans son intégralité le rapport concernant l'inculpé, adressé en 1885 à l'autorité judiciaire, parce qu'il mentionne d'une façon complète le trouble décrit depuis sous le nom de *torticolis mental.*

En effet, je m'exprimais ainsi dans ce rapport : « Voyez donc comme je suis fou, » disait-il. « Il affecte alors des poses de tête invraisemblables, en disant qu'il a une maladie de cou. Or, si ces tendances à pencher la tête relevaient d'une contracture véritable des muscles du cou, elles ne pourraient se produire à la volonté du sujet indifféremment d'un côté ou d'un autre, ce qui a lieu dans le cas présent. »

Depuis dix ans, H... a toujours affecté ces mêmes « poses

invraisemblables ». Comme les photographies que voici l'indiquent, la tête peut à volonté se redresser ou affecter une inclinaison qui généralement a lieu sur l'épaule gauche.

Il ne s'agit donc dans l'espèce que d'une contracture que j'appellerai *volontaire* et non d'une contracture réelle des muscles du cou.

C'est, en un mot, un cas de torticolis mental.

Au point de vue des manifestations psychologiques, H... est fourbe, menteur, dissimulé, paresseux, obséquieux; il cause d'une façon intelligente, mais ses actes sont toujours empreints d'un cachet spécial d'absurdité, que son torticolis tend d'ailleurs à accentuer.

Toujours adonné à ses instincts pervers sans pouvoir les refréner, il exhibe dès qu'il le peut ses parties génitales, et il ne se passe guère de semaine qu'il ne soit surpris *(flagrante delicto)* en compagnie d'un ou plusieurs de ses compagnons d'Asile. C'est un instinctif au premier chef.

Je n'insisterai pas sur les signes anormaux de sa conformation générale, sur la grandeur des membres supérieurs et sur la disproportion entre son corps et ses jambes grêles; la scoliose de la colonne vertébrale paraît l'effet de son attitude bizarre. Qu'il me suffise de dire que son hérédité est des plus chargées au point de vue mental : oncles suicidés, homochrones, tantes et cousine aliénées, qu'il m'a été donné d'observer dans mon service de Lafond.

Cela me paraît suffisant pour qu'il me soit permis de relier le torticolis mental à ses antécédents familiaux et de considérer cette bizarre affection comme un syndrome lié à la dégénérescence mentale ou à l'hérédité morbide.

M. A. VIGOUROUX. — Contribution à l'étude de la céphalométrie chez les aliénés.

Nos études céphalométriques ont porté sur trois cents aliénés de l'Asile d'Évreux. Nous avons divisé nos malades en plusieurs catégories : 1° celle des dégénérés inférieurs (idiots et imbéciles); 2° celle des vésaniques (persécutés, déments, mélancoliques, excités maniaques, intermittents);

3° celle des épileptiques; 4° celle des paralytiques généraux et, enfin, 5° celle des alcooliques.

Parmi les vésaniques, nous n'avons pas distingué ceux qui sont entachés de dégénérescence mentale, nous réservant de faire cette distinction dans une étude postérieure.

Pour prendre ces mesures, nous avons suivi, d'aussi près que possible, les instructions de Broca. Les diamètres (antéro-postérieur maximum, iniaque, transverse maximum, transverse sus-auriculaire, frontal minimum), ont été pris avec le compas d'épaisseur de Bertillon. Cet instrument, d'un maniement très facile, présente cependant un léger inconvénient; en effet, la graduation de la tige ne commence qu'à 120 millimètres et, pour évaluer le diamètre frontal minimum, ordinairement inférieur à cette dimension, on est obligé de reporter sur une règle graduée l'écartement du compas.

Le diamètre vertical auriculaire n'a pas été mesuré au moyen du double mètre articulé de Broca, que nous n'avions pas à notre disposition. Voici de quel procédé nous nous sommes servi : Nous placions d'abord l'équerre flexible auriculaire, puis sur le vertex en avant d'elle nous mettions la branche horizontale d'une équerre en bois, dont la branche verticale graduée de haut en bas venait se croiser à angle droit avec la branche horizontale de l'équerre flexible. C'est au point d'intersection de ces deux branches, que nous notions la mesure du diamètre vertical auriculaire. Pour obtenir avec ce procédé des mesures exactes, il est très important de s'assurer de la parfaite horizontalité de la branche de l'équerre placée au sommet de la tête.

Les courbes ont été mesurées à l'aide du ruban métrique sur des sujets dont les cheveux avaient été coupés à peu près ras. Nous nous sommes servi des points de repère indiqués par Broca, pour la courbe iniofrontale et transversale. Pour la courbe horizontale maximum, nous nous sommes un peu écarté de ses instructions; nous avons fait passer le ruban au-dessus de la ligne sus-orbitaire et non immédiatement dessus. Ce procédé nous donne une différence en moins d'environ cinq millimètres sur la courbe de Broca, mais il met en dehors de la mesure les bosses orbitaires et les sinus frontaux et, par là, nous a paru plus exact.

Nous avons réuni dans une première série de tableaux, que nous ne pouvons reproduire ici, les moyennes, les maxima et les minima de ces diamètres et de ces courbes, puis nous avons étudié dans une seconde série de tableaux (voir plus loin), les variations des principales de ces mesures, en suivant les dispositions indiquées et recommandées par le professeur Bénédikt, dans son *Manuel d'anthropométrie crânio-céphalique* (traduction du Dr P. Kéraval, 1889).

Dans l'étude de l'indice céphalique, nous avons pris comme termes sériaires les subdivisions de Broca, bien qu'elles se rapportent à des mesures crâniométriques et non pas céphalométriques. Nous n'avons pas tenté de faire la correction, celle-ci devant être d'une à deux unités, suivant que l'on a affaire à des brachycéphales ou à des dolichocéphales et n'offrant par là même aucun caractère de certitude.

De l'étude de ces tableaux, il ne résulte que la confirmation d'un fait généralement admis, à savoir que la moyenne des différentes mesures céphalométriques est plus faible chez les dégénérés que chez les vésaniques.

Il semble aussi qu'on y trouve la vérification de cette assertion de Bénédikt que, chez les aliénés, la proportion centésimale des dimensions s'écartant notablement de la moyenne est plus forte que chez les individus normaux.

Nous n'avons publié ces mesures que dans l'espoir de susciter des travaux analogues faits, autant que possible, avec le même manuel opératoire, car nous estimons que, pour arriver à des conclusions vraiment intéressantes, il faudrait avoir rassemblé un nombre bien plus considérable de faits, ce que ne saurait faire un observateur isolé, opérant dans le cercle restreint d'un Asile.

Diamètre antéro-postérieur maximum.

DÉNOMINATION ET TOTAL des SPÉCIMENS DE LA SÉRIE	TERMES SÉRIAIRES	NOMBRE constituant le TERME SÉRIAIRE	PROPORTION CENTÉSIMALE
18 idiots de 25 à 60 ans. Moyenne : 181.84	171 — 180	7	38.88
	181 — 190	8	44.44
	195 — 195	3	16.89
8 idiots de 10 à 25 ans. Moyenne : 172.33	160 — 170	3	37.5
	171 — 180	3	37.5
	190 — 200	2	25 »
53 imbéciles de 14 à 65 ans. Moyenne : 181	171 — 180	16	30.18
	181 — 190	26	49.03
	191 — 200	11	20.79
21 épileptiques de 12 à 54 ans. Moyenne : 188.4	177 — 180	2	4.76
	181 — 190	11	52.38
	191 — 200	6	28.57
	201 — 203	2	4.76
56 persécutés de 30 à 76 ans. Moyenne : 190.3	181 — 190	28	50 »
	191 — 200	24	42.85
	201 — 203	4	7.15
85 déments de 29 à 71 ans. Moyenne : 189	174 — 180	9	10.58
	181 — 190	42	49.40
	191 — 200	30	38.11
	201 — 210	4	4.72
19 mélancoliques de 20 à 77 ans. Moyenne : 188.05	178 — 180	3	15.78
	181 — 190	11	58.42
	191 — 200	3	15.78
	201 — 211	2	10.52
7 intermittents de 41 à 53 ans. Moyenne : 190.7	182 — 190	5	71.42
	191 — 204	2	28.57
23 excités maniaques de 22 à 65 ans. Moyenne : 191.18	170 — 180	7	30.43
	181 — 190	10	43.47
	191 — 201	6	26.08
12 paralytiques de 36 à 51 ans. Moyenne : 181.66	174 — 180	5	41.66
	181 — 190	6	50 »
	» 192	1	8.44
18 alcooliques de 34 à 70 ans. Moyenne : 191	180 — 190	8	44.44
	191 — 200	7	38.88
	201 — 205	3	16.66

Résultats de Benedikt opérant sur 119 crânes d'aliénés masculins.

119 crânes d'aliénés..........	x — 160	1	0.84
	161 — 170	17	14.3
	171 — 180	53	44.5
	181 — 190	44	37 »
	191 — 200	4	3.4

Transverse maximum.

DÉNOMINATION ET TOTAL des SPÉCIMENS DE LA SÉRIE	TERMES SÉRIAIRES	NOMBRE constituant le TERME SÉRIAIRE	PROPORTION CENTÉSIMALE
18 idiots de 25 à 60 ans. Moyenne : 144.44	134 — 140	4	22.22
	141 — 145	7	38.88
	146 — 150	4	22.22
	150 — 158	3	16.66
8 idiots de 10 à 25 ans. Moyenne : 144.55	132 — 140	2	25 »
	141 — 145	2	22.22
	146 — 155	4	50 »
53 imbéciles de 14 à 65 ans. Moyenne : 145	» 127	1	1.88
	133 — 140	3	5.66
	141 — 145	12	22.64
	146 — 150	14	26.41
	151 — 155	14	26.41
	156 — 158	9	16.98
21 épileptiques de 12 à 54 ans. Moyenne : 151.5	» 139	1	4.76
	144 — 150	9	42.85
	151 — 155	6	28.57
	156 — 160	4	19.04
	161 — 165	1	4.76
56 persécutés de 30 à 76 ans. Moyenne : 153.3	142 — 145	7	12.50
	146 — 150	15	26.78
	151 — 155	19	33.92
	156 — 160	6	10.71
	161 — 172	9	16.07
85 déments de 29 à 71 ans. Moyenne : 152.7	139 — 145	8	9.41
	146 — 150	19	22.35
	151 — 155	37	43.52
	156 — 160	15	17.64
	161 — 171	6	7.05
19 mélancoliques de 20 à 77 ans. Moyenne : 154.52	148 — 150	4	21.05
	151 — 155	9	47.86
	156 — 160	3	15.78
	161 — 167	3	15.78
7 intermittents de 41 à 53 ans. Moyenne : 156.28	» 148	1	14.28
	155 — 160	5	71.42
	161 — 164	1	14.28
23 excités maniaques de 22 à 65 ans. Moyenne : 155.72	144 — 150	10	43.47
	151 — 155	4	17.39
	156 — 160	7	30.40
	161 — 171	2	8.69
12 paralytiques de 36 à 51 ans. Moyenne : 152.9	142 — 150	3	25 »
	151 — 155	6	50 »
	156 — 160	2	16.66
	161 — 165	1	8.33
18 alcooliques de 34 à 70 ans. Moyenne : 151	141 — 145	3	16.66
	146 — 150	8	44.44
	151 — 160	5	27.77
	161 — 178	2	11.11

Indices céphaliques.

DÉNOMINATION ET TOTAL des SPÉCIMENS DE LA SÉRIE	TERMES SÉRIAIRES	NOMBRE constituant le TERME SÉRIAIRE	PROPORTION CENTÉSIMALE
18 idiots de 25 à 60 ans. Moyenne : 80.70	73.62 — 75 »	1	5.55
	75.01 — 77.77	3	16.66
	77.78 — 80 »	3	16.66
	80.01 — 83.33	7	38.88
	83.34 — 85.40	4	22.22
8 idiots de 10 à 25 ans. Moyenne : 81.63	» 75 »	»	»
	75.01 — 77.77	3	37.5
	77.78 — 80 »	»	»
	80.01 — 83.33	»	»
	83.34 — 85.39	5	62.5
53 imbéciles de 14 à 65 ans. Moyenne : 78.68	71.79 — 75 »	3	5.66
	75.01 — 77.77	11	20.75
	77.78 — 80 »	10	18.86
	80.01 — 83.33	17	32.07
	83.34 — 89.14	12	22.64
21 épileptiques de 12 à 54 ans. Moyenne : 80.37	71.64 — 75 »	2	9.52
	75 01 — 77.77	4	19.04
	77.78 — 80 »	3	14.28
	80.01 — 83.33	5	23.80
	83.34 — 86.18	7	33.33
56 persécutés de 30 à 76 ans. Moyenne : 80.81	74.09 — 75 »	3	5.35
	75.01 — 77.77	11	19.64
	77.78 — 80 »	13	23.21
	80.01 — 83.33	13	23.21
	83.34 — 89.06	16	»
85 déments de 29 à 71 ans. Moyenne : 80.69	70.91 — 75 »	7	8.23
	75.01 — 77.77	15	17.64
	77.78 — 80 »	17	20 »
	80.01 — 83.33	24	28.23
	83.34 — 90 »	22	25.88
19 mélancoliques de 20 à 77 ans. Moyenne : 82.28	» 75 »	»	»
	75.01 — 77.77	3	15.78
	77.78 — 80 »	3	15.78
	80.01 — 83.33	4	21.05
	83.34 — 89.18	9	47.36
7 intermittents de 41 à 53 ans. Moyenne : 82.06	» 75 »	»	»
	75.01 — 77.77	2	28.56
	77.78 — 80 »	»	»
	80.01 — 83.33	2	28.56
	83.34 — 86 »	3	42.85
23 excités maniaques de 22 à 65 ans. Moyenne : 86.35	72.13 — 75 »	1	4.34
	75.01 — 77.77	1	4.34
	77.78 — 80 »	5	21.73
	80.01 — 83.33	9	39.13
	83.34 — 90.44	7	30.47
12 paralytiques de 36 à 51 ans. Moyenne : 83.38	» 75 »	»	»
	75.01 — 77.77	1	8.33
	77.78 — 80 »	»	»
	80.01 — 83.33	5	41.66
	83.34 — 94.80	6	50 »
18 alcooliques de 34 à 70 ans. Moyenne : 79.27	70.79 — 75 »	3	16.66
	75.01 — 77.77	4	22.22
	77.78 — 80 »	3	16.66
	80.01 — 83.33	5	27.27
	83.34 — 93.19	3	16.66

Courbe horizontale maximum.

DÉNOMINATION ET TOTAL des SPÉCIMENS DE LA SÉRIE	TERMES SÉRIAIRES	NOMBRE constituant le TERME SÉRIAIRE	PROPORTION CENTÉSIMALE
18 idiots de 25 à 60 ans. Moyenne : 525	500 — 505	2	11.11
	515 — 530	8	44.44
	535 — 550	6	33.33
	555 — 565	2	11.11
8 idiots de 10 à 25 ans. Moyenne : 495	» 365	1	12.5
	» 445	1	12.5
	480 — 520	4	50 »
	530 — 540	2	25 »
53 imbéciles de 14 à 65 ans. Moyenne : 535	» 480	1	1.88
	500 — 520	13	24.52
	525 — 540	15	28.30
	545 — 560	17	32.09
	570 — 585	6	32.07
	» 595	1	1.88
21 épileptiques de 12 à 54 ans. Moyenne : 555	530 — 540	8	38.09
	550 — 560	9	42.85
	575 — 585	4	19.04
56 persécutés de 30 à 76 ans. Moyenne : 560	520 — 540	12	21.42
	545 — 560	19	33.92
	565 — 580	20	35.71
	585 — 590	4	7.14
	» 600	1	1.78
85 déments de 29 à 71 ans. Moyenne : 545	» 485	1	1.17
	520 — 540	18	21.17
	545 — 560	40	47.05
	565 — 580	24	28.23
	» 590	1	1.17
	» 605	1	1.17
19 mélancoliques de 20 à 77 ans. Moyenne : 555	525 — 540	5	26.31
	545 — 560	9	47.36
	570 — 585	4	21.05
	» 600	1	5.26
7 intermittents de 41 à 53 ans. Moyenne : 562.85	540 — 550	3	42.85
	565 — 580	4	57.14
23 excités maniaques de 22 à 65 ans. Moyenne : 560	» 520	1	4.34
	525 — 540	7	30.43
	545 — 560	6	26.08
	565 — 580	8	34.78
	» 585	1	4.34
12 paralytiques de 36 à 51 ans. Moyenne : 555	» 520	1	8.33
	530 — 550	5	41.66
	555 — 570	5	41.66
	» 575	1	8.33
18 alcooliques de 34 à 70 ans. Moyenne : 551	525 — 540	3	16.66
	545 — 560	12	66.66
	570 — 580	2	11.11
	» 590	1	5.55

Courbe transverse sus-auriculaire

DÉNOMINATION ET TOTAL des SPÉCIMENS DE LA SÉRIE	TERMES SÉRIAIRES	NOMBRE constituant le TERME SÉRIAIRE	PROPORTION CENTÉSIMALE
18 idiots de 25 à 60 ans.	» 300	2	11.11
Moyenne : 324	315 — 330	11	61.11
	340 — 350	4	22.22
	» 380	1	5.55
8 idiots de 10 à 25 ans.	» 310	3	37.5
Moyenne : 331.6	330 — 350	4	50 »
	» 363	1	12.5
53 imbéciles de 14 à 65 ans.	» 260	1	1.88
Moyenne : 330	300 — 305	2	3.77
	310 — 330	29	5.47
	340 — 360	21	39.62
21 épileptiques de 12 à 54 ans.	» 280	1	4.76
Moyenne : 334	315 — 330	11	52.38
	340 — 350	6	28.57
	360 — 375	3	14.28
56 persécutés de 30 à 76 ans.	» 300	1	1.78
Moyenne : 330	310 — 330	30	53.57
	335 — 350	23	41.07
	360 — 370	2	3.57
85 déments de 29 à 71 ans.	» 300	1	1.17
Moyenne : 334	310 — 330	43	50.58
	335 — 350	32	37.64
	355 — 380	9	10.58
19 mélancoliques de 20 à 77 ans.	» 300	1	5.26
Moyenne : 333	310 — 330	10	52.63
	335 — 350	7	36.73
	» 360	1	5.26
7 intermittents de 41 à 53 ans.	320 — 330	3	42.88
Moyenne : 338.88	» 350	4	57.14
23 excités maniaques de 22 à 65 ans.	» 300	1	4.34
Moyenne : 335.45	310 — 330	11	47.82
	340 — 350	9	39.13
	» 360	2	8.69
12 paralytiques de 36 à 51 ans.	300 — 305	2	16.66
Moyenne : 325	310 — 330	7	58.33
	340 — 350	3	25 »
18 alcooliques de 34 à 70 ans.	310 — 330	13	72.22
Moyenne : 329	335 — 340	4	22.22
	» — 385	1	5.55

Courbe iniofrontale.

DÉNOMINATION ET TOTAL des SPÉCIMENS DE LA SÉRIE	TERMES SÉRIAIRES	NOMBRE constituant le TERME SÉRIAIRE	PROPORTION CENTÉSIMALE
18 idiots de 25 à 60 ans. Moyenne : 322	» 310	3	16.66
	» 320	5	27.77
	325 — 330	3	16.66
	» 340	6	33.33
	» 345	1	5.55
8 idiots de 10 à 25 ans. Moyenne : 325	» 290	1	13.5
	310 — 320	3	37.5
	330 — 345	3	37.5
	» 360	1	12.5
53 imbéciles de 14 à 65 ans Moyenne : 335	300 — 310	5	9.43
	311 — 330	17	32.07
	331 — 350	26	49.05
	351 — 360	3	5.66
	» 370	2	3.77
21 épileptiques de 12 à 54 ans. Moyenne : 335	» 305	1	4.76
	320 — 340	12	57.14
	345 — 360	7	33.33
	» 380	1	4.76
56 persécutés de 30 à 76 ans. Moyenne : 340	» 300	1	1.78
	315 — 330	14	25 »
	335 — 350	28	50 »
	355 — 370	13	23.21
85 déments de 29 à 71 ans. Moyenne : 340	» 300	1	1.17
	315 — 330	21	24.70
	335 — 350	47	54.11
	355 — 370	14	16.47
	380 — 390	2	2.35
19 mélancoliques de 20 à 77 ans. Moyenne : 335	315 — 330	9	47.36
	335 — 350	7	36.84
	360 — 365	3	15.78
7 intermittents de 41 à 53 ans. Moyenne : 345	335 — 340	4	55.55
	350 — 360	3	42.85
23 excités maniaques de 22 à 65 ans. Moyenne : 340	313 — 330	7	30.43
	335 — 350	11	47.82
	355 — 360	5	21.73
12 paralytiques de 36 à 51 ans. Moyenne : 333	» 290	1	8.33
	310 — 330	4	33.33
	335 — 350	6	50 »
	» 360	1	8.33
18 alcooliques de 34 à 70 ans. Moyenne : 339	» 320	1	5.55
	325 — 340	10	55.55
	350 — 370	6	33.33
	» 381	1	5.55

M. DEVAY. — De la mélancolie chez les syphilitiques.

(RÉSUMÉ)

Ce travail est basé sur quatre observations. Les malades ont présenté de la mélancolie, soit avec stupeur, soit avec délire hypocondriaque ou de négation, ils n'ont pas eu de troubles moteurs de la paralysie générale.

La première malade contracte la syphilis en juillet 1893; en mars 1894, elle est atteinte de mélancolie avec obnubilation intellectuelle. Son état général est mauvais. Elle est soumise au traitement mixte. L'amélioration, soit physique, soit intellectuelle, se produit en quelques mois et se maintient.

La deuxième malade contracte la syphilis et fait plusieurs séjours à l'Antiquaille pour les accidents de sa maladie. A son dernier séjour, en février 1893, elle est atteinte de mélancolie anxieuse avec tendance à la stupeur et pseudo-catalepsie. Son état s'est maintenu sans modification aucune depuis son admission à l'Asile.

La troisième malade contracte la syphilis à l'âge de dix-neuf ans. Les troubles mentaux ont apparu vingt ans après et sont caractérisés par de la mélancolie avec idées d'indignité et délire de négation. Elle prétend qu'elle n'a pas de bouche, pas d'estomac, etc. Son état s'est aggravé depuis quelque temps, il marche vers la démence.

La quatrième malade a contracté la syphilis il y a dix ans et fut prise dès les premiers accidents d'hypocondrie, causée par l'ennui d'être atteinte de syphilis. Cet état ne l'empêchait pas d'exercer sa profession de chapelière: mais elle fut atteinte quelque temps de métrite avec douleurs abdominales. Elle prit des injections très chaudes et le délire commença, en même temps que le corps thyroïde s'hypertrophiait légèrement. La malade disait que les injections lui avaient brûlé les intestins, que son boyau était remonté au cou, etc. Entrée en 1888, elle a eu des périodes de mélancolie avec stupeur, suivies de rémissions incomplètes de courte durée. A partir de 1890, l'état mental s'est transformé et actuellement la malade démente est devenue enfantine dans la parole, les gestes, la démarche, etc.

Ces quatre observations se complètent les unes les autres et forment une sorte de gradation dans l'état mélancolique qui aboutit à la démence. Il se différencie de la mélancolie de ce qu'on a appelé *pseudo-paralysie générale*, par l'absence de troubles moteurs et se rapproche de l'observation suivie d'autopsie et d'examen microscopique publiée par M. le professeur Pierret et son élève Paret. Ces auteurs ont montré que la mélancolie anxieuse peut être infectieuse (dans un cas *grippale*) et due à la localisation de bacilles dans les cellules cérébrales et les espaces lymphatiques de l'écorce. Je considère cette mélancolie syphilitique comme de même nature. Sa connaissance est utile, car le traitement spécifique précoce peut être suivi de guérison, surtout lorsque le trouble intellectuel est contemporain des poussées secondaires. Lorsque la mélancolie apparaît à la période parasyphilitique, son résultat est très douteux.

IV

NÉVROPATHIES ET NÉVROSES

M. SOLLIER. — L'anorexie mentale.

Sous cette dénomination, je me propose de décrire ici un trouble de nutrition — je ne dis pas une affection des voies digestives — dont les deux caractères fondamentaux sont, au point de vue clinique, de l'anorexie d'une part et de l'autre un état mental spécial qui l'accompagne et plus souvent la précède. Ordinairement confondue avec l'anorexie hystérique ou avec la dyspepsie nerveuse de Leube, elle n'en a cependant pas l'évolution et encore moins le pronostic dont la gravité suffirait à elle seule à la faire décrire à part.

Étiologie. — Je ne l'ai jamais observée que chez des jeunes femmes ou des jeunes filles. La plus jeune de mes malades

avait douze ans quand elle fut prise. L'hérédité mentale paraît jouer le principal rôle dans son développement; on retrouve, en effet, chez leurs ascendants quelque tare nerveuse ou mentale essentiellement héréditaire telle que tics, obsessions, hypocondrie, alcoolisme, nervosisme, etc. Cette hérédité se manifeste dès l'enfance par un caractère spécial. Elles sont trop sérieuses, n'ont pas les goûts des enfants de leur âge, aiment les distractions tranquilles, la solitude, fuient les exercices et les plaisirs qui exigent de l'entrain, du mouvement. Elles ont quelquefois des idées mystiques, sont minutieuses et soigneuses à l'excès.

Physiquement, elles paraissent également plus vieilles que leur âge. Elles sont mal conformées, avec des formes un peu masculines et n'ont guère les attributs de leur sexe. Quelquefois elles sont très petites et comme arrêtées dans leur développement. Leurs mouvements sont lents, traînants.

La maladie éclate parfois sans cause apparente ou à l'occasion d'une émotion déprimante, de chagrins disproportionnés d'ailleurs avec leurs conséquences, d'une affection aiguë quelconque obligeant les malades à moins manger. L'imitation peut jouer aussi un certain rôle lorsqu'il existe dans l'entourage quelque personne atteinte de troubles gastriques, névropathiques ou non. Dans certains cas, enfin, il y a une sorte d'auto-suggestion par suite de l'attention qui est attirée sur la digestion, soit par la malade, soit par son entourage.

En somme, en dehors de l'hérédité mentale et d'un développement constitutionnel général anormal, on ne rencontre que des causes banales.

Symptômes. — Le début est lent et insidieux. Volontairement ou pour une cause occasionnelle quelconque, les malades commencent à moins manger. Elles en perdent peu à peu l'habitude et diminuent par degrés leur alimentation. L'appétit disparaît peu à peu, conservé encore quelquefois au repas du matin, et l'anorexie s'établit enfin d'une façon définitive, sans alternatives, sans à-coups, sans retour. L'amaigrissement survient rapidement et, en quelques mois, les malades perdent un tiers ou deux cinquièmes de leur poids.

La circulation périphérique se fait mal. Les extrémités sont refroidies. La peau devient sèche et terne; les cheveux sont secs et cassants, et tombent facilement. Les yeux sont moins brillants. Les règles deviennent irrégulières, puis disparaissent. Les vaso-moteurs sont dans un état de constriction presque permanente. Il y a cependant souvent après les repas des bouffées de chaleur, soit à la tête seulement, soit générales, qui s'accompagnent d'une certaine torpeur et forcent les malades au repos. Mais cela ne s'observe guère que sous l'influence du traitement lorsqu'elles sont remises à l'alimentation.

La sensibilité générale n'est pas atteinte et il n'y a aucun trouble sensitif ni sensoriel. Toutefois, on constate que le goût est diminué, surtout pour le pain et la viande. Mais il n'y a pas de perversion du goût. Au niveau du creux épigastrique, on remarque quelquefois une légère diminution de la sensibilité cutanée qui, ainsi que je l'ai montré ailleurs, correspond à une diminution de la sensibilité organique de l'estomac. En effet, elles sentent moins ou à peine le contact des aliments dans l'estomac. Elles se dégoûtent de mastiquer le bol alimentaire, et souvent après l'avoir longtemps trituré, elles le crachent. Il n'existe d'ailleurs qu'exceptionnellement de la douleur profonde à la pression de l'estomac et jamais d'hyperesthésie superficielle. Les douleurs qu'elles éprouvent après l'ingestion des aliments sont plutôt une sensation de pesanteur, de gonflement, qu'une véritable douleur. A peine ont-elles absorbé quelque aliment, qu'elles ont cette sensation de plénitude de l'estomac, qui n'augmente pas d'ailleurs si on insiste pour les alimenter davantage (1).

L'estomac est d'ailleurs normal à la palpation et plutôt rétracté que dilaté. Je n'ai jamais rencontré de clapotement d'un repas à l'autre. Quoique leurs digestions leur paraissent très pénibles et qu'elles n'aient jamais la sensation de la vacuité de l'estomac, il semble cependant qu'elles se fassent trop rapidement, si j'en juge par un cas classique où j'ai pu pratiquer l'examen du suc gastrique, lequel a révélé de l'hypopepsie avec une digestion très accélérée.

(1) Du rôle de la sensibilité de l'estomac dans les phénomènes de la digestion (*Rev. de Méd.*, 1895).

C'est au début seulement qu'on observe quelquefois des tiraillements ou des brûlures d'estomac.

L'intestin présente de l'atonie, mais il n'y a jamais beaucoup de météorisme. Ce qui domine, c'est la constipation qui est constante et très tenace.

Les forces générales paraissent se conserver assez longtemps, d'autant plus que les malades, pour démontrer qu'elles n'ont pas besoin de manger autant qu'on le leur dit, ne veulent pas avouer qu'elles diminuent. Quelquefois même elles sont prises d'un besoin de marcher impérieux, et paraissent le satisfaire sans fatigue. Mais il arrive un moment où elles sont bien obligées de renoncer au mouvement. Elles restent alors confinées chez elles et incapables d'aucun effort, d'aucune activité un peu suivie.

Les organes internes ne présentent, du reste, rien d'anormal. Les urines sont seulement chargées et peu abondantes. Dans les premiers temps, le sommeil se conserve normal. Puis il devient un peu plus léger et plus agité. Enfin, dans les périodes avancées, l'insomnie s'installe de plus en plus, mais n'est jamais absolue comme dans l'anorexie hystérique. Il n'y a ni maux de tête, ni douleur en casque, ni rachialgie, ni points hyperesthésiques, comme dans l'hystérie ou la neurasthénie. Voilà pour l'état physique, qui se caractérise par une diminution générale de toutes les fonctions, résultant de la dénutrition provoquée par l'anorexie. La même diminution caractérise les fonctions psychiques. La mémoire se perd; la faculté d'attention, l'association des idées s'affaiblissent. Les malades finissent par avoir de la difficulté à lire, à écrire, à se livrer à une opération intellectuelle quelconque. Elles manquent de volonté, d'initiative, s'occupent d'une façon automatique et monotone. Elles ont une apathie morale aussi grande que leur inertie intellectuelle; rien ne les intéresse, ne les amuse. Tout les ennuie et les laisse indifférentes. La perspective même qu'on leur fait entrevoir, pour les déterminer à manger, de la mort ou de la chronicité de leur état les laisse incrédules et elles sont incapables de réagir. Toutes leurs préoccupations gravitent uniquement autour de la question de leur alimentation et de leur digestion. Elles passent leur temps à se demander ce qu'elles doivent ou non manger, si elles

digéreront plus ou moins facilement et rapidement, s'il ne résultera rien de fâcheux pour elles de manger telle ou telle chose; elles émettent les théories les plus fantaisistes sur la physiologie de la digestion, pour en arriver toujours à ce point de savoir la quantité minima d'aliments nécessaires pour entretenir l'existence; elles imaginent toutes sortes de prétextes pour réduire leur alimentation et combinent une existence à part pour pouvoir vivre en évitant le plus possible de manger. Le cercle de leurs idées et de leurs préoccupations morales se réduit ainsi de plus en plus. Elles sont prises quelquefois d'accès de désespoir sans cause ou parce qu'elles croient qu'elles ne guériront pas, mais sont incapables néanmoins de réagir. Leur caractère, en apparence très doux, est très obstiné dès qu'il s'agit de s'alimenter. Elles deviennent plus irritables, prennent certaines personnes en grippe, ont de l'aversion sans motif pour le pays où elles demeurent, etc., fuient la société de leurs anciennes compagnes pour éviter de se mêler à l'activité de leur existence et restreignent la leur de plus en plus.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de cette affection est ordinairement continue si on n'intervient pas énergiquement. Les forces vont diminuant de plus en plus; l'amaigrissement arrive à un degré effrayant. On n'observe pas de ces retours brusques de l'appétit comme chez les hystériques ou les neurasthéniques. Quelquefois, sous l'influence du moral, il y a une plus grande facilité à les alimenter, mais sans qu'il y ait retour de l'appétit. Il n'y a jamais, en somme, d'améliorations méritant le nom de *rémissions*. La marche est essentiellement chronique et progressive. Elle peut être accélérée par des complications d'ordre psychique, telles que des crises délirantes avec idées de suicide, peut-être dues à l'inanition, ou névropathique, ou enfin par des troubles gastriques organiques, dus vraisemblablement à tous les médicaments qu'on fait prendre tour à tour à ces malheureuses malades pour exciter leur appétit.

La durée est variable, mais relativement assez courte et peut aller de deux à six ou sept ans. On peut observer la guérison, la chronicité ou la mort.

La guérison ne se produit guère que sous l'influence du traitement moral. Dans ce cas, l'amélioration se montre rapidement. Les malades, dès qu'on les force à manger, cessent d'être constipées; leur appétit revient et l'embonpoint reparaît vite. Elles augmentent facilement de 2 à 4 ou 5 livres par semaine, jusqu'à ce qu'elles aient repris à peu près leur poids moyen antérieur. Cette guérison se produit en trois ou quatre mois. Quand il doit y avoir une issue mauvaise, l'embonpoint se manifeste moins vite et moins activement. L'appétit ne reparaît pas franchement. Au bout de six semaines, les malades restent stationnaires et, quoique mangeant suffisamment, elles n'engraissent plus et même quelquefois maigrissent. Leur caractère ne se modifie pas. Elles sont même quelquefois prises d'accès de tristesse, de véritable spleen. Enfin, la mort peut survenir, soit par le fait d'une affection intercurrente contre laquelle elles sont hors d'état de réagir, soit le plus souvent par tuberculose aiguë ou encore par cachexie progressive. A ce moment, elles ont quelquefois une lucidité complète pour juger leur état et se répandent en regrets désespérés, en récriminations contre leur entourage qui les a laissées en arriver là sans intervenir; elles veulent se raccrocher à l'existence, mais il est trop tard, et quand elles essaient de manger, elles ne peuvent plus.

Pronostic. — Le pronostic est donc grave. Sur 7 cas que j'ai observés, 1 seul peut être considéré comme guéri; de 2 autres trop récemment vus pour qu'on puisse en affirmer l'issue, un est en voie de chronicité, l'autre récidivera très vraisemblablement, malgré une amélioration considérable; 1 est franchement chronique avec des rémissions et des aggravations continuelles et, enfin, 3 autres sont morts : deux de tuberculose aiguë, un de cachexie progressive.

Diagnostic. — Le diagnostic est extrêmement délicat. Il ne se pose guère avec les affections organiques de l'estomac. Mais il est deux cas avec lesquels on voit souvent la confusion se faire, c'est l'atonie gastro-intestinale neurasthénique de Bouveret, dyspepsie nervo-motrice de Germain Sée, dyspepsie nerveuse de Leube d'une part, et, d'autre part, la forme primitive de l'anorexie hystérique.

La dyspepsie nerveuse de Leube est essentiellement liée à la neurasthénie. Or, l'anorexie mentale survient exclusivement chez des femmes, chez de jeunes sujets. Les symptômes cardinaux de la neurasthénie font défaut; la céphalée est exceptionnelle et n'affecte pas la forme de la céphalée neurasthénique; l'insomnie est plus fréquente, mais est loin d'être la règle. La dépression cérébrale est continue et ne procède pas par accès comme chez les neurasthéniques, qui très abattus à certains moments, sont très animés dans d'autres. L'asthénie neuromusculaire n'est pas la même non plus. Tandis que les neurasthéniques dyspeptiques et amaigris se plaignent sans cesse de leur fatigue, de leurs douleurs d'estomac, etc., les anorexiques mentales, au contraire, cherchent continuellement à donner le change et quelquefois jusqu'à la fin. La rachialgie n'existe pas.

Quant à l'atonie, il n'y en a que secondairement. Dès qu'on force les malades à manger, si la maladie n'est pas trop ancienne, on voit l'estomac et l'intestin reprendre leurs fonctions sans s'accompagner de dilatation ni d'éructation. Il n'y a pas de palpitations, de vertiges, d'asthénopie comme dans l'hystérie.

L'état psychique est absolument différent de celui des neurasthéniques. Autant ceux-ci sont gémisseurs, autant les anorexiques ne le sont pas; autant les premiers sont hypocondriaques et cherchent à se médicamenter, autant les seconds le sont peu.

Le diagnostic avec l'anorexie hystérique primitive est beaucoup plus difficile. Je ne parle pas bien entendu de l'anorexie secondaire qui est, grâce aux nombreux stigmates et autres accidents hystériques que présente le sujet, d'une grande facilité de diagnostic. Pour la forme primitive, au contraire, l'hésitation peut être très grande et c'est, dans certains cas, plutôt une affaire de coup d'œil que de raisonnement, et c'est alors le traitement et l'évolution qui tranche la question. Néanmoins, d'une part, les antécédents héréditaires, névropathiques plutôt que psychopathiques, d'autre part, l'état mental antérieur du sujet, l'existence de quelques stigmates, tels que des points hyperesthésiques au crâne, au rachis, aux ovaires, l'anesthésie du pharynx, l'abolition plus ou moins

complète du goût, l'anesthésie beaucoup plus marquée du creux épigastrique et de l'estomac, la brusquerie ordinaire du début, les retours inopinés d'appétit et d'alimentation, l'amaigrissement beaucoup moins rapide, la coïncidence fréquente des vomissements provoqués par un point hyperesthésique de l'estomac, les perversions et les caprices du goût, enfin l'état mental manifestement hystérique et les troubles du caractère vis-à-vis de l'entourage sont autant d'indices sur lesquels on peut s'appuyer pour établir l'anorexie hystérique primitive. Le traitement sert enfin de pierre de touche.

Traitement. — A une affection psychique, il convient d'opposer un traitement psychique. J'ai dit que l'hésitation était facile entre l'anorexie mentale et l'anorexie hystérique primitive. Contre cette dernière, le remède souverain et héroïque est l'isolement et l'alimentation forcée, suivant les règles que j'en ai données et qui paraissent aujourd'hui admises par les principaux auteurs. On doit donc recourir, en présence d'un cas d'anorexie mentale, à l'isolement et se comporter au début, vis-à-vis du sujet, comme s'il s'agissait d'une anorexie hystérique. Le premier point est de la faire manger. Cela est beaucoup plus facile d'ailleurs que pour une hystérique et on ne rencontre jamais la même obstination. C'est une résistance passive beaucoup plus douce, un peu analogue à celle des aliénés qu'on oblige à manger et qui le font tout en vous rendant responsable de ce qui surviendra pour eux. J'ai pour principe de leur donner une alimentation normale et variée dès le début, quitte plus tard à la modifier dans un sens ou dans l'autre. Le point capital est de les faire manger et engraisser, car avec le retour de l'embonpoint reparait l'appétit, reviennent les forces et s'améliore l'état psychique. Si tout va bien, en trois ou quatre mois la guérison peut être en assez bonne voie pour continuer la cure dans la famille. Si on voit la malade manger avec ostentation, ne parler que du jour de sa sortie définitive, se fixer une limite de temps pour être guérie, il faut se défier. Elle retombera sitôt sortie. Il faut, d'ailleurs, comme pour les hystériques anorexiques, se baser sur la reprise de l'ancien embonpoint pour mettre un terme au traitement. Le moral a une influence considérable.

J'ai vu plusieurs fois des malades s'arrêter d'engraisser tout en mangeant autant, parce qu'elles se croyaient à fin de traitement, ou parce qu'elles comptaient décider leur famille à les retirer en les considérant malgré moi comme guéries, et se remettre à reprendre du poids dès qu'elles voyaient qu'il n'y fallait plus compter. Il faut, en outre, s'abstenir le plus possible des médicaments et en particulier des amers, des stimulants de l'appétit, etc. L'hydrothérapie froide paraît être le meilleur stimulant.

Quand, au bout de six semaines à deux mois, on voit le poids rester stationnaire, diminuer, puis augmenter légèrement, subir des oscillations au lieu de progresser et en même temps l'état mental ne pas se modifier, l'anorexie persister si le refus d'alimentation n'existe plus cependant, il vaut mieux suspendre l'isolement et prescrire un séjour de montagne, en maintenant bien entendu une surveillance rigoureuse sur l'alimentation. Je ne puis m'étendre ici sur les détails du traitement. L'isolement est la ressource suprême, mais malheureusement et contrairement à ce qui se passe dans l'hystérie, il n'amène pas toujours la guérison et il est quelquefois inutile. Ce sont alors des cas désespérés qui se terminent plus ou moins rapidement par la mort ou deviennent chroniques.

Pathogénie. — Je n'en dirai que quelques mots. Le nombre des cas que j'ai observés n'est pas assez considérable pour pouvoir édifier autre chose qu'une hypothèse. Toutefois, en me basant sur l'évolution de la maladie, sur l'état mental qui accompagne l'anorexie, sur l'influence du moral et de la volonté sur la disparition des accidents, en m'appuyant aussi sur mes recherches sur le rôle de la sensibilité de l'estomac dans la digestion et ses rapports avec le système vaso-moteur, je serais tenté de regarder l'anorexie mentale comme un trouble d'origine centrale, ayant son point de départ dans un développement anormal du système nerveux de la vie organique, épuisé spontanément à un moment donné, sans autre cause en quelque sorte que d'être incapable par usure, comme chez un vieillard, de fournir à un fonctionnement plus complet et plus long, ou, plus faible qu'un autre, épuisé par une cause banale pour un système nerveux normal, mais contre

laquelle il est impuissant à réagir. Il s'agirait donc, en somme, d'une sorte de vice de développement général, revêtant seulement à un moment donné l'aspect d'une affection gastrique qui en masque la véritable nature.

M. Charpentier. — Je ne crois pas que les malades dont M. Sollier vient de nous entretenir soient des malades à part. Ce sont, à mon avis, des hypocondriaques.

M. Doutrebente. — Je suis de l'avis de M. Charpentier.

M. Régis. — J'ai eu l'occasion, dans ces derniers temps, d'observer plusieurs cas identiques à ceux de M. Sollier. Ces cas, tout à fait spéciaux, quoi qu'en dise M. Charpentier, et qui n'appartiennent ni à l'hystérie ni à plus forte raison à l'aliénation mentale, hypocondriaque ou autre, m'avaient intéressé au point que je les avais réunis, en vue d'une étude prochaine, sous le titre provisoire d'*anorexie cachectique de la nubilité.* Voici quelques extraits de mes notes, qui confirment à peu près sur tous les points les vues de M. Sollier.

Un certain nombre de jeunes filles, au moment de l'adolescence, surtout entre douze et vingt ans, présentent une anorexie plus ou moins complète, plus ou moins durable et qui, dans certains cas, peut devenir à peu près absolue, au point d'entraîner un état de cachexie, de marasme parfois mortel.

Il ne s'agit pas là d'un refus d'aliments psychopathique; les malades n'ont ni délire ni hallucinations et raisonnent parfaitement. Au début, elles ont pu avoir le désir de se faire maigrir, mais ce désir est si commun chez les jeunes filles de cet âge, qu'il ne peut pas être considéré comme vraiment pathologique. Beaucoup de jeunes filles, en effet, au moment de leur puberté, passent par un état mental assez curieux : fortement impressionnées par les modifications physiologiques que subit leur corps, elles deviennent comme honteuses de leur transformation et, par une sorte de pudeur inconsciente, mêlée parfois de coquetterie ou de pieux effroi, elles regardent comme laid, sinon comme coupable, le développement si matériellement réaliste de leurs attributs sexuels. C'est là un état d'âme pour ainsi dire climatérique, quelque chose comme la révolte de l'enfant qui disparaît devant la femme qui commence. Aussi le désir de maigrir, de rester svelte, c'est à dire de revenir à l'indécise sexualité des formes antérieures, est-il une cause fréquente, plus fréquente qu'on ne le croit peut-être, de l'abstinence alimentaire de certaines jeunes filles. Une de mes malades, aspirant, sous l'influence d'une idée de ce genre, à ne conserver que la partie immatérielle de son être, fit passer ses règles et réduisit de plus en plus sa nourriture, au point de devenir d'une maigreur extrême. Elle guérit sous l'influence d'une cure hydrothérapique.

Je le répète, un tel état d'esprit, chez les jeunes filles à la période pubérale, ne peut pas passer pour délirant ni même, à proprement parler, pour pathologique. D'ailleurs, toutes les malades anorexiques

sont loin de le présenter. Parfois, c'est une simple contrariété qui entraîne le défaut d'appétit ; d'autres fois, c'est un sentiment de dégoût, comme chez une de mes malades qui, ayant cru remarquer dans le couvent où elle était pensionnaire que la nourriture n'était pas très proprement préparée, commença de manger moins, puis cessa totalement. Dans d'autres cas, l'anorexie succède aux fatigues de la croissance ou au surmenage intellectuel, plus souvent aux deux réunis, comme chez plusieurs jeunes filles que j'ai vues tomber ainsi dans un état d'anorexie cachectique à la suite de la préparation au fameux brevet, en même temps qu'elles faisaient une poussée de croissance, avec points douloureux épiphysaires. Quelquefois enfin, l'anorexie survient sans cause appréciable.

Quoi qu'il en soit, cette anorexie, provoquée ou non par un motif apparent, est essentiellement liée à un trouble gastrique fonctionnel ou plutôt à la perte de la fonction gastrique. Les malades n'éprouvent plus la sensation de la faim et c'est très sincèrement qu'elles affirment qu'elles n'ont plus aucun désir de manger, qu'elles ne peuvent pas, que la nourriture les dégoûte et leur fait mal, qu'elles sont obligées de se forcer pour prendre quelque chose. Aussi, restent-elles sourdes aux objurgations, aux prières, aux larmes des leurs ; tantôt vraiment insensibles, tantôt s'en irritant et répétant avec une inconscience de bonne foi qu'on a tort d'insister ainsi, qu'elles sont plus fortes qu'on ne croit, que le peu qu'elles absorbent leur suffit.

A cette torpeur de la fonction digestive se joint, le plus souvent, une torpeur analogue de toutes les autres fonctions, aussi bien mentales que physiques. L'activité est réduite à son minimum. On dirait que tout l'organisme épuisé sommeille.

Physiquement, on constate : des troubles gastro-intestinaux (estomac intolérant, douloureux, digestions pénibles, constipation très opiniâtre); une suppression habituelle des menstrues ; des troubles de la circulation (bouffées de chaleur, surtout après les repas, pommettes rouges, refroidissement des extrémités, œdème des pieds et des jambes, sans souffle anémique); de la faiblesse générale avec difficulté de marcher, de se tenir debout ; de l'amaigrissement très marqué, parfois effrayant, presque squelettique; dans l'état de cachexie, des troubles trophiques tels que chute des cheveux, des ongles, des dents, etc. Pas de symptômes hystériques.

Psychiquement, les malades ont un aspect morne, triste, sans expression, faisant songer tout d'abord à un état mélancolique, mais ne répondant à aucune idée délirante ni même fausse; elles vivent dans le mutisme, l'inaction, n'ayant de goût pour rien, manifestant l'indifférence la plus absolue, malgré tout ce que peuvent inventer leurs parents. Leur sommeil est nul ou mauvais, accompagné parfois de rêves et de cauchemars ; leur volonté est absente, leur inertie intellectuelle et morale complète, de sorte qu'elles s'acheminent vers la cachexie sans réagir, sans paraître s'en émouvoir ni s'en rendre compte. Ce n'est qu'au moment où elles voient venir leur fin que parfois elles se repren-

nent, tentent de réagir, accusant leur entourage de les avoir laissées dépérir par degrés, sans user d'autorité et de force, véritable révolte de la nature en face de la mort. Mon ami le Dr Lande m'a communiqué un cas très intéressant de ce genre relatif à une jeune fille anorexique qui, après être arrivée au marasme final, sans pour ainsi dire s'en douter, se ressaisit à la dernière heure, reprochant amèrement à ses parents de l'avoir, par leur faiblesse, laissée mourir.

Le pronostic de cet état d'anorexie peut donc être très grave. Il est loin cependant de l'être toujours autant, car souvent il aboutit à la guérison. Mais ce n'est jamais sans un traitement actif et prolongé. Pour ma part, je me suis bien trouvé jusqu'ici de l'éloignement de la famille et de l'isolement dans un établissement hydrothérapique, sous une direction morale ferme et éclairée. Comme traitement proprement dit : laxatif quotidien avec eau minérale purgative; lavage de l'estomac, suivi de gavage lentement progressif, puis régime alimentaire choisi; hydrothérapie froide; électricité statique; exercices, massage, gymnastique, distractions. Dans la convalescence, préparations toniques, voyages, bains de mer.

En résumé, je crois, avec M. Sollier, que l'anorexie dont il vient de nous entretenir est une anorexie à part, n'ayant rien de commun avec l'anorexie hystérique ou psychopathique.

Toutefois, étant donné que cette anorexie survient le plus souvent chez des jeunes filles à l'époque de la puberté — le mot de *puberté* s'appliquant à ce long processus de développement qui va de l'adolescence à l'âge fait — et qu'elle est liée à une atonie générale, à un épuisement de l'organisme, conséquence de cette phase de développement, je serais disposé à voir là un état neurasthénique d'ordre spécial, neurasthénie d'évolution ou de développement, du genre des névroses de développement des Anglais *(developmental neuroses)*, et par suite à considérer l'anorexie dont il s'agit comme une des manifestations de cet épuisement, de cette neurasthénie d'évolution.

M. Garnier. — On ne peut pas dire, il me semble, que ces malades n'ont pas de trouble mental. La jeune fille citée par M. Régis, qui ne mangeait pas parce qu'elle voulait réduire son corps à sa plus simple expression et vivre d'une vie aussi immatérielle que possible, était bien atteinte d'une sorte d'idée délirante.

M. Sollier. — Mon but, dans le travail que j'ai présenté, a été avant tout de séparer de l'anorexie hystérique un groupe de faits qui sont ordinairement confondus avec. Quant à être des hypocondriaques, les sujets en diffèrent tellement que j'ai cru inutile d'insister sur ce diagnostic dans mon exposé et que j'ai pu dire que jamais ils n'avaient d'idées hypocondriaques. J'ai donc bien songé à l'hypocondrie, mais pour constater que ce n'en était pas. Je suis heureux d'ailleurs de voir M. Régis confirmer mon opinion et l'appuyer de cas identiques dont il n'a jamais non plus songé à faire soit des hystériques, soit des hypocondriaques. Quant au rôle de la puberté dans la pathogénie de ce trouble général, je crois que c'est un simple agent provocateur, qui n'a pas le rôle prédomi-

nant que M. Régis lui accorde; car, sur sept cas, je ne l'ai rencontré qu'une fois. Cela ne change rien d'ailleurs à la conception de cette forme, dont le diagnostic et le pronostic étaient utiles à mettre en relief.

M. MAURICE DE FLEURY. — **Pathogénie de l'épuisement nerveux.**

A la fin du chapitre *pathogénie* de son excellent ouvrage sur la *neurasthénie,* M. le Dr Mathieu constate qu'aucune des théories formulées jusqu'ici pour expliquer la nature intime de la maladie de Beard n'est pleinement satisfaisante; aucune d'elles ne correspond à l'ensemble des faits, et je pense qu'il suffit d'examiner avec impartialité la doctrine de l'auto-intoxication de M. Bouchard, celle des variations de la nutrition d'origine dyspeptique de MM. Hayem et Winter, celle de l'entéroptose de Glénard, et les théories plus théoriques encore, si j'ose dire, de Erb, de Beard, de M. Féré, pour aboutir aux mêmes conclusions que M. Mathieu.

Il n'est pourtant pas de question plus instructive, au point de vue de la physiologie et de la psychologie générales, que tous ces problèmes qui touchent à la fatigue et à la force.

J'ai entrepris, voici trois ans, en collaboration avec M. le Dr J. Chéron, dans son service de Saint-Lazare, une série d'observations et d'expériences cliniques qui me paraissent dès maintenant pouvoir être utilement résumées et groupées en vue d'une théorie pathogénique de l'*épuisement nerveux.*

J'emploie ce mot, non pas exactement comme synonyme de *neurasthénie*, mais dans le sens plus large que lui donne la pathologie générale. Ainsi compris, il embrasse tout un groupe morbide qui va, sans transitions brusques et par progression insensible, de la simple fatigue momentanée à la mélancolie dépressive, en passant par le surmenage et par la neurasthénie à stigmates. Pour beaucoup de bons esprits — ai-je besoin de rappeler la remarquable thèse du Dr Boissier sur les confins de la neurasthénie et de la vésanie? — ce ne sont là que des degrés divers d'un même état : selon l'intensité de la cause déterminante, mais surtout selon le degré de résistance personnelle du sujet, selon le poids dont son hérédité pèse sur lui, tel cerveau sera seulement fatigué pendant quelques jours, tel autre entrera nettement dans le cadre de la neurasthénie

formelle, tandis que le troisième, plus gravement taré, épousera la mélancolie dépressive.

Ceci posé, pour que notre théorie pathogénique soit valable, il faut qu'elle repose en même temps sur des arguments de cause, sur des arguments de symptômes et sur des arguments de traitement, la thérapeutique étant utilisée ici à titre expérimental.

I. — Étiologie.

Il y a, certes, des nerveux qui ont toujours été nerveux : franchement dégénérés ou atteints d'hérédo-syphilis par exemple, ils sont venus au monde avec une nutrition vicieuse, avec une déchéance vitale qui suffit amplement à expliquer les troubles qu'ils présentent. Mais, ces cas exceptés, j'ai toujours vu l'épuisement nerveux succéder à un surmenage physique, émotif ou intellectuel; j'ai toujours vu la névrose apparaître à la suite d'une excitation excessive ou d'une dépense de force disproportionnée : émotions violentes, crise de la puberté, convalescence de maladies épuisantes, vie déréglée, abus du travail musculaire ou intellectuel, shock nerveux sous l'une quelconque de ses formes, voilà les agents provocateurs de la neurasthénie. L'hérédité névropathique ou arthritique en est toujours la cause prédisposante : la fatigue en est toujours la cause déterminante.

Mais qui nous dira si la fatigue est un phénomène primitivement dynamique ou primitivement toxique? Car, c'est là que réside, en somme, le débat, et ce que nous cherchons, en fin de compte, à savoir, c'est si la cellule cérébrale s'épuise mécaniquement par excès de fonctionnement ou si elle fonctionne mal par pénétration dans son intimité de poisons chimiques venant altérer la constitution chimique de son protoplasma.

C'est une question singulièrement complexe, malaisée à résoudre, et je n'ai pas la prétention d'y parvenir. Peut-être peut-on seulement serrer de plus près le sujet.

Je ne crois pas que l'on puisse nier l'existence de neurasthénies d'origine toxique. Nous avons tous vu des cas d'épuisement nerveux assez graves succéder à des attaques légères d'influenza et nous avons tous été frappés d'une dispropor-

tion, quelquefois très marquée, entre l'importance des phénomènes nerveux consécutifs et l'apparente bénignité de la grippe initiale : on ne saurait assimiler ces cas d'épuisement nerveux à ceux qui succèdent à des maladies longues où l'inanition a joué un grand rôle, où le cerveau, comme le reste de l'organisme, a eu le temps d'entrer en dénutrition profonde. L'hypothèse de neurasthénie d'origine toxique est bien plus vraisemblable, bien plus dans le courant d'idées qui triomphe actuellement. Nous connaissons, d'ailleurs, toute une série de poisons déprimants, « neurasthénisants ».

Mais, dans l'état actuel de la science, qui nous prouve que, portés par le sang au contact de la cellule cérébrale, ces agents toxiques agissent chimiquement et non point par irritation, par surmenage direct mécanique? Nous ne connaissons, en somme, à la cellule nerveuse, qu'une propriété bien définie, l'irritabilité, le don de réagir aux excitations; nous savons comment se comporte une cellule ou un groupe de cellules de l'écorce quand on l'excite soit directement, soit par l'intermédiaire des voies sensitives qui y aboutissent; nous savons ce que devient une cellule quand une embolie a obstrué l'artère terminale qui la nourrit, quand une déchirure de substance a coupé ses connexions avec le monde extérieur ou quand elle étouffe, enserrée par du tissu conjonctif de formation nouvelle; mais nous ne connaissons vraiment rien de précis sur les échanges que les agents chimiques peuvent faire entre leurs propres molécules et celles du protoplasma. Un poison n'est jamais que convulsivant ou que paralysant : il pourrait bien n'agir qu'en irritant la cellule jusqu'à son maximum d'activité ou en l'accablant jusqu'au surmenage; mais cela ne suppose en rien un échange chimique, un empoisonnement réel. Il faut donc être extrêmement prudent, et sans doute serait-il sage de ne pas jouer des toxines et des leucomaïnes sans donner plus de preuves qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour.

Et, voyez : la conception purement chimique de la fatigue, qui a été pendant tant d'années en si longue faveur, perd maintenant un peu de son terrain.

Sans doute, un muscle qui se contracte, tout organe qui fonctionne fabrique des déchets, des cendres de travail; c'est un fait très solidement établi, et la présence de ces déchets

dans un organisme qui élimine mal est certainement fort nuisible. Mais cette production de l'acide lactique et des poisons de la fatigue paraît bien, à l'heure actuelle, n'être qu'un phénomène secondaire, subordonné à un phénomène primitif de nature purement dynamique, au tonus. Il devient chaque jour plus évident que la fatigue et les phénomènes chimiques qui l'accompagnent sont en raison inverse de la quantité d'influx nerveux, de tonus que le muscle reçoit de ses centres trophiques et moteurs.

Chez un malade atteint de contracture secondaire post-hémiplégique, le clonus du pied, artificiellement entretenu, peut se continuer indéfiniment sans fatigue, voilà tantôt dix ans que nous l'avons constaté, M. le professeur Pitres et moi : c'est que l'état d'hypertonicité de ces muscles ne leur permet pas de fabriquer en quantité suffisante les poisons issus de la fatigue. Pour qu'un muscle s'épuise promptement, pour que d'alcalin il devienne aisément acide, pour qu'il fabrique beaucoup de déchets toxiques, il faut qu'il soit médiocrement soutenu par ses nerfs, il faut qu'il soit en hypotonus préalable, comme cela a lieu chez les neurasthéniques notamment.

Quand on étudie la physiologie du marcheur ou mieux encore celle du bicycliste, on s'aperçoit que l'accoutumance, que l'entraînement réduisent la fatigue à un extrême minimum. En terrain plat, un bicycliste suffisamment entraîné au mouvement de bielles des jambes et aussi à la privation de sommeil, peut pédaler, j'ose dire presque indéfiniment, sans fatigue appréciable. Les signes de la fatigue ne surviennent que quand il y a une côte à monter, c'est à dire lorsque la volonté doit intervenir pour lutter contre la pesanteur; à ce moment, l'automatisme ne suffit plus : le muscle et la moelle étant au-dessous de leur tâche, il faut que le cerveau s'en mêle, et c'est alors, alors seulement, que le muscle fait du poison, qu'apparaît la fatigue. La fatigue est donc primitivement un phénomène d'épuisement mécanique de la cellule cérébrale; la production de matières toxiques n'apparaît que secondairement; et, sans doute, elle joue un rôle en influant à son tour sur la nutrition, mais ce rôle ne peut avoir l'importance primordiale que beaucoup de savants veulent lui reconnaître.

En somme, les notions que nous fournit l'étude de la cause

sont insuffisantes à l'édification d'une théorie pathogénique de l'épuisement nerveux. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, dans la majorité des cas, la fatigue paraît être un phénomène primitivement mécanique et secondairement chimique.

Dans certains cas, comme dans la neurasthénie post-grippale par exemple, il semble que l'épuisement nerveux soit nettement d'origine toxique, sans que nous puissions affirmer cependant que les poisons, portés au contact de la cellule cérébrale, n'agissent pas sur elle par irritation directe, par surmenage purement physique.

II. — Symptômes.

L'analyse clinique des signes de la neurasthénie et leur groupement méthodique contribueront sans doute davantage à éclairer la question qui nous occupe.

Attaquons-nous d'emblée aux deux symptômes qui ont le plus suscité de discussions jusqu'ici : la dyspepsie des neurasthéniques et l'entéroptose de M. Frantz Glénard.

La *dyspepsie* est un des phénomènes les plus fréquents chez les neurasthéniques. Je ne suis pas bien sûr qu'elle soit aussi variable d'un sujet à l'autre que le dit M. Mathieu.

La dyspepsie particulière à l'état d'épuisement nerveux, et qu'on retrouve chez les mélancoliques comme chez les simples déprimés, se caractérise constamment par de l'atonie des parois musculaires et par de l'hyposécrétion glandulaire. C'est là du moins l'état fondamental, chronique, de l'estomac neurasthénique; mais, comme tous les faibles, ces malades sont sujets à des réactions violentes, et l'on rencontre chez eux, sous forme d'épisodes fréquents survenant à l'occasion d'une excitation quelconque, des phénomènes de spasme ou d'hypersécrétion, du resserrement du pylore, de l'hyperacidité gastrique, des fringales. Mais il importe de savoir que l'hyperactivité stomacale n'est, dans la grande majorité des cas, qu'un épisode chez le neurasthénique : supprimez de son régime les aliments irritants ou fermentescibles, évitez pendant quelques jours tous les stimulants locaux ou généraux, et vous trouverez presque toujours l'estomac au-dessous de sa tâche, au double point de vue musculaire et glandulaire.

L'origine de cette baisse de fonctionnement ne peut être que

dans le système nerveux, surmené lui-même par une des causes que nous passions tout à l'heure en revue.

Mon collègue d'internat, M. le Dr Frémont, présentait récemment à l'Académie de Médecine des chiens dont il avait isolé l'estomac en abouchant le cardia dans le duodénum et en ne laissant la poche gastrique reliée au reste de l'organisme que par ses connexions vasculo-nerveuses naturelles. Or, ces chiens, transportés de Nice à Paris, furent atteints de surmenage passager occasionné par la trépidation du train et sans doute aussi par la peur inséparable d'un premier voyage. A leur arrivée à Paris, tous ces chiens étaient atteints de flaccidité et de distension des parois de l'estomac en même temps que de suppression complète de la sécrétion glandulaire; quelques heures de repos suffirent pour rendre aux fibres lisses leur tonicité et aux glandes leur suc gastrique. Le surmenage avait produit une véritable dyspepsie neurasthénique expérimentale.

Dans son excellente thèse inaugurale, et dans une communication très démonstrative au Congrès de Caen de 1894, mon collègue le Dr Cautru a démontré que le simple massage de l'estomac — procédé qui n'a bien évidemment rien de chimique — suffisait, non pas seulement à rehausser la tonicité des parois d'un estomac dilaté, mais encore à exciter très énergiquement la sécrétion du suc gastrique. Mes observations personnelles ont pleinement confirmé celles du Dr Cautru.

Ne semble-t-il pas que ces faits donnent un peu de netteté à cette question vraiment embrouillée et confuse de la dyspepsie des névropathes déprimés? Surmenage primitif du système nerveux, diminution du tonus dans les muscles et de l'activité fonctionnelle dans les glandes, amélioration possible par simple stimulation mécanique réflexe, voilà, je pense, ce qu'il faut retenir de l'analyse d'un symptôme dont la dilatation formelle de l'estomac n'est que le terme ultime.

L'*entéroptose* de M. Glénard est tout à fait justiciable d'une explication analogue. Certes, nous rencontrons assez fréquemment la dilatation du côlon et la chute en masse de l'intestin chez les épuisés du système nerveux. Mais, bien qu'il ait soigneusement noté le gonflement du foie et l'abaissement du rein droit comme des phénomènes qui coïncident fréquemment avec l'entéroptose, le distingué médecin lyonnais ne me paraît

avoir vu qu'une partie de la vérité. Outre que l'entéroptose est bien certainement un effet secondaire et non pas une cause, il s'en faut de beaucoup qu'elle tienne seule la scène.

M. le Dr J. Chéron me semble avoir conçu une vue d'ensemble bien plus complète des phénomènes dus à l'épuisement nerveux.

Déjà, dans sa communication de 1893 au Congrès de Besançon, il décrivait ce qu'il nommait la *neurasthénie utéro-gastrique,* l'abaissement concomitant de l'estomac et de l'utérus sous l'influence d'une cause commune névropathique. L'année suivante, élargissant encore son sujet, il prononçait le mot de *viscéroptoses*, pour indiquer que l'épuisement nerveux est, à son sens, une maladie générale dont le symptôme le plus constant, le plus caractéristique, est un relâchement, une baisse de tonicité de tous les organes splanchniques, un abaissement et une dilatation de tous les muscles creux de l'économie, avec prédominance, selon les cas, de telle ou telle ptose particulière. Non seulement, pour le médecin de Saint-Lazare, l'estomac se dilate et tombe, non seulement l'intestin se laisse distendre et se laisse choir, non seulement l'utérus s'abaisse et vient au contact du plancher vaginal, non seulement le foie tuméfié quitte parfois sa loge, descend et chasse le rein devant lui, mais il est très fréquent de voir l'appareil circulatoire payer son tribut à cette hypovitalité d'ensemble.

Mesurez la pression artérielle des neurasthéniques à l'aide du sphygmomètre à ressort de Verdin, le seul qui soit d'usage courant et commode; mesurez-la dans ces moments où leur système nerveux n'est pas mis en état de réaction violente par un repas copieux ou par une émotion, vous noterez presque toujours une baisse considérable : en moyenne de 8 à 12 centimètres de mercure, au lieu de 16 à 18, chiffre normal. Examinez vos malades de près et vous constaterez que cette hypotension est due bien probablement à la mollesse de l'impulsion cardiaque, en même temps qu'à l'atonie des parois vasculaires. Ajoutez à cela une hypoglobulie souvent très marquée, phénomène d'un intérêt tout particulier sur lequel nous aurons à revenir.

Les phénomènes de même sens sont nombreux chez les déprimés, chez les mélancoliques, chez les neurasthéniques.

Qu'une femme appartenant à cette catégorie de névropathes accouche et elle aura presque toujours des hernies, de la cystocèle, de la rectocèle, des varices, des hémorroïdes. Chez l'homme, le varicocèle est le type des accidents où l'altération des parois vasculaires coïncide avec des phénomènes hypocondriaques constants; dans tous les cas de varicocèle que j'ai vus — je n'en ai d'ailleurs vu que quatre depuis que mon attention a été attirée sur ce point — il y avait en même temps de la dyspepsie neuro-motrice, de l'amyosthénie et des troubles psychiques.

La constipation des neurasthéniques n'est encore que de l'atonie intestinale, leurs insomnies — je crois l'avoir montré — que de l'hypotension artérielle; chez un grand nombre d'entre eux, les appareils glandulaires sécrètent moins abondamment qu'à l'état normal.

Les épuisés du système nerveux ont la peau sèche, la bouche sèche, le nez sec — bien que souvent, dans leurs moments de crises, leurs glandes lacrymales pleurent abondamment, — la digestion se fait mal, parce que les glandes de l'estomac, celles de l'intestin et les glandes annexes de l'appareil digestif sont au-dessous de leur tâche normale; la digestion pancréatique est particulièrement mal faite chez la plupart des névropathes : chez eux, les matières grasses s'émulsionnent à grand'peine et peut-être l'hyposécrétion biliaire est-elle pour quelque chose dans la fétidité souvent très marquée de leurs selles. Quant à la glande testiculaire, chacun sait que, chez les déprimés, sa fonction se réduit bientôt à un rôle plus que modeste.

Passons maintenant en revue les appareils moteurs à fibres striées et nous constaterons que les épuisés du système nerveux respirent avec une ampleur très médiocre, dilatent mal leur cage thoracique et ne déplissent que très partiellement leurs poumons; que les muscles de leur visage, et ceux des lèvres notamment, trahissent leur amollissement par une inertie, par une descente des traits, par un agrandissement comme meurtri de la bouche, dont les coins tombent et, la nuit, laissent couler sur l'oreiller des filets de salive. Les neurasthéniques ont encore de l'amyosthénie généralisée, de l'instabilité des jambes, de la maladresse des doigts : il leur arrive

de laisser choir des objets qu'ils croyaient tenir avec une énergie suffisante. Leur corps, enfin, leur semble lourd; ils ont peine à le traîner le long des rues, à le porter le long des escaliers surtout, comme si le rapport normal entre le poids de leur personne et leur énergie nerveuse était rompu au détriment de celle-ci. On ne peut s'empêcher d'opposer ce sentiment de pesanteur, si fréquent chez les épuisés du système nerveux, à cette sensation de légèreté angoissante qu'éprouvent certains aliénés ou névropathes excités qui racontent qu'à certains moments leur corps semble être près de s'envoler de terre.

Les neurasthéniques ont, enfin, de l'asthénopie accommodative, de l'hypotonus et presque de la parésie de l'appareil d'adaptation de l'œil. Je ne fais qu'exprimer une idée adoptée déjà par un grand nombre de neurologistes en disant que l'asthénopie accommodative est à la neurasthénie ce que le rétrécissement du champ visuel est à la névrose hystérique.

De même que, chez les hystériques, l'état mental est caractérisé, si nous en croyons les très remarquables études de M. Pierre Janet, par un rétrécissement du champ de la conscience qui fait pendant au rétrécissement du champ visuel, de même, chez les neurasthéniques, une véritable hypotension des facultés mentales reflète la fatigue générale de l'organisme, dont la paresse de l'accommodation n'est qu'une manifestation locale.

Timides, à la fois humbles et très préoccupés d'eux-mêmes, mélancoliques, paresseux ou tout au moins inaptes au travail intellectuel prolongé, ils sont encore presque tous peureux, et l'on peut dire que la peur, que les peurs sont une des caractéristiques de leur psychasthénie, pour emprunter un néologisme à M. Pierre Janet. Il me faut résumer ici en quelques mots hâtifs cette psychologie du neurasthénique, qu'un gros volume suffirait à peine à analyser en détail, et je me borne à constater que leur mémoire, que leur volonté, que leur attention volontaire sont dans cet état d'amoindrissement, de vitalité moindre, de ralentissement, comme dirait M. Bouchard, où nous avons vu tout l'organisme. Ainsi que tous les faibles, ils sont sujets à des réactions promptes et violentes; et de même que leur estomac passe souvent et brusquement de

l'atonie au spasme, de l'indifférence pour les aliments à la fringale, de même leur esprit est sujet à des crises d'émotions, colère ou larmes, phénomènes épisodiques en feu de paille, qui se détachent vivement sur le fond de faiblesse morne qui est l'essence même de leur état mental.

En somme, que nous analysions le fonctionnement des appareils musculaires à fibres lisses ou à fibres striées, celui des appareils glandulaires ou celui de l'esprit, nous nous trouvons toujours en face du même phénomène : tonicité amoindrie. Dans l'énumération ci-dessus, je n'ai omis de la neurasthénie que ses symptômes douloureux, et j'avoue que je ne suis point en état de les expliquer. Mais tous les autres rentrent sans peine, et sans qu'il soit utile de les déformer, dans le cadre unique de l'hypotonus, si bien que la neurasthénie nous apparaît clairement désormais comme un abaissement de la tonicité, de la vitalité du système nerveux, se traduisant par un amoindrissement fonctionnel des deux catégories de phénomènes nerveux centrifuges, motricité et sécrétion glandulaire.

Après l'énumération et le groupement de symptômes que nous venons de tenter, je ne crois plus qu'il soit possible d'adopter cette idée jusqu'ici très répandue, et que je retrouve dans l'ouvrage déjà cité du Dr Mathieu, à savoir que la neurasthénie est une maladie toute subjective, à peu près dépourvue de signes objectifs. Les signes objectifs abondent, au contraire, et quelques-uns peuvent être aisément mesurés, l'abaissement de la pression artérielle et l'hypoglobulie notamment, car je n'ai pas très grande confiance dans les données du dynamomètre.

M. J. Chéron, qui est incontestablement le promoteur de cette conception générale de l'épuisement nerveux, celle de l'hypotonus, va même jusqu'à dire qu'il y a une anatomie pathologique de la neurasthénie : cette anatomie pathologique, destinée peut-être à s'éclairer davantage un jour, serait constituée d'ores et déjà par l'ensemble des ptoses et par la distension d'ensemble de l'appareil circulatoire, et l'on pourrait la reproduire sur l'animal par la suppression expérimentale du tonus selon la méthode de Brondgeest (section des racines postérieures des nerfs mixtes).

III. — Thérapeutique.

Les notions que nous fournit la thérapeutique rationnelle de l'épuisement nerveux sont d'un intérêt tout particulier. Cet ordre de recherches peut atteindre à la précision d'expériences de laboratoire, à condition que l'on prenne des précautions suffisantes contre les causes d'erreur possibles et notamment contre la suggestion, bien que je ne croie guère à la suggestibilité des neurasthéniques et des vésaniques; éminemment impressionnables, ils ne sont pas suggestibles au sens précis du mot et c'est encore un point qui les distingue des hystériques.

J'ai négligé systématiquement tous les moyens thérapeutiques empruntés à la chimie; leur action, indiscutable du reste, sur les centres nerveux est encore beaucoup trop mystérieuse pour que j'ose tenter une interprétation. Constatons seulement, en passant, que les neurasthéniques se trouvent remarquablement bien de l'emploi du bicarbonate de soude à petites doses, parce que, ainsi donné, il active la sécrétion du suc gastrique, et de l'emploi de la pancréatine, qui supplée très heureusement à l'insuffisance de la digestion duodénale.

Étudions de préférence les résultats que nous donnent les procédés de traitement purement mécaniques, si fréquemment employés de nos jours et avec un succès si manifeste, toutes les fois que l'on y met quelque méthode et que l'on évite l'excès de zèle, le surmenage thérapeutique.

Ces moyens, vous les connaissez : ce sont la douche, les bains à températures diverses, l'étincelle de la machine statique, la friction sèche au gant de crin, le massage, la vibration, les excitations méthodiques des organes des sens.

J'y joins la cure d'air et les injections hypodermiques de liquides non toxiques, parce que je suis fermement convaincu que, quel que soit le corps gazeux inoffensif et stimulant que l'on porte au contact de la surface respiratoire, que quel que soit le corps étranger liquide, aseptique et non toxique, introduit dans le torrent circulatoire, on produit invariablement les mêmes effets thérapeutiques. Je m'explique :

Que vous fassiez respirer à un malade déprimé de l'air vif,

de l'air ozonifié, de l'oxygène, du formol ou des vapeurs d'acide fluorhydrique par exemple, vous obtiendrez invariablement un rehaut de vitalité, une coloration plus vive du teint, une sensation de bien-être et de force, une recrudescence de l'appétit, une hausse très marquée de la pression artérielle, une élévation du taux de l'urée dans l'urine. Peu importe le gaz irritant, pourvu qu'il y ait irritation d'intensité moyenne; si elle est excessive, il y a surmenage, accablement au lieu d'apport de force.

Si, d'autre part, vous injectez sous la peau d'un neurasthénique ou dans ses veines — ce qui, physiologiquement, revient exactement au même — du liquide testiculaire, du liquide de Constantin Paul, de l'huile gaïacolée, du sérum naturel ou du sérum artificiel, vous obtiendrez encore les phénomènes d'hypertonus que provoque la stimulation de la surface pulmonaire. C'est ici la *loi générale de l'hypodermie,* à laquelle M. J. Chéron consacrait naguère un volume très explicite.

Puisque l'on a des résultats thérapeutiques constants en injectant les liquides les plus dissemblables ou en faisant inhaler les gaz les plus divers, c'est bien évidemment qu'il ne saurait s'agir d'une action chimique, spécifique, mais d'une action toute mécanique, d'une simple irritation portant sur les terminaisons nerveuses, ici du pneumogastrique et là des parois vasculaires.

Avec un gant de crin, frictionnez la peau d'un déprimé; fouettez-la d'un jet de douche, triturez par le massage les houppes nerveuses sensitives des articulations, des tendons, des aponévroses et des muscles, irritez la surface intestinale avec des purgatifs légers, et toujours — si vous ne dépassez pas la résistance individuelle du sujet — vous aboutirez précisément aux résultats que nous venons d'énumérer.

Vous obtiendrez un double effet : l'un, presque immédiat — sensation de bien-être et de saine vigueur, retour de l'appétit, coloration de la peau, hypertonus et hypersécrétion glandulaire; l'autre, plus tardif — hausse du taux de l'urée dans l'urine, amélioration de la nutrition.

Mais, dira-t-on, puisque tant de moyens thérapeutiques divers donnent des effets identiques, êtes-vous sûr qu'il s'agit

bien d'une action réelle, et non point d'un effet imaginaire où l'impressionnabilité de vos malades, à défaut de suggestion, pourrait être pour quelque chose?

M. le D[r] J. Chéron a répondu à cette objection en mesurant régulièrement les variations de la pression artérielle chez les neurasthéniques et en comptant leurs globules rouges dans les circonstances expérimentales suivantes :

Chez une femme anémique et manifestement neurasthénique, il mesure la pression artérielle, qui est de 12 centimètres cubes de mercure, par exemple; il compte les globules rouges et il en trouve 2,800,000. Il pratique une injection hypodermique de 5 à 10 centimètres cubes de sérum artificiel; puis, dix minutes après, il mesure de nouveau la pression artérielle et il refait la numération globulaire : la pression est de 17 centimètres cubes, les globules sont au nombre de 4,200,000.

Cette expérience, dont M. le professeur Potain a dû tout récemment présenter l'exposé didactique à l'Académie des Sciences, et que j'ai répétée à trois reprises différentes sur une malade du service de M. le professeur Raymond, à la Clinique de la Salpêtrière, me paraît être d'un intérêt capital au point de vue de la pathogénie de la neurasthénie.

M. J. Chéron l'interprète de la façon suivante :

L'hypoglobulie des névropathes déprimés n'est qu'apparente; c'est, en réalité, de l'hydrémie. Le système artériel étant en hypotension et la tunique musculaire des vaisseaux en relâchement, l'arbre circulatoire entier se distend et emprunte de l'eau aux tissus voisins pour remplir ses canaux trop larges : le sang se trouve donc dilué. Sous l'influence de la stimulation nerveuse que provoque la présence du sérum — ou de n'importe quel corps étranger liquide non toxique — dans le sang, le système nerveux central envoie plus de tonus aux muscles de la tunique moyenne; l'arbre circulatoire tout entier se resserre, chasse l'eau en excès dans les tissus périvasculaires, tandis que les globules rouges restent dans le vaisseau : il se produit ainsi, non pas une hyperglobulie réelle, mais une véritable concentration de sang.

Ce phénomène de l'hyperglobulie apparente subite a été constaté — je l'ai appris tout récemment — par M. Winter-

nitz (de Vienne), après la douche froide, et par M. John Mitchell (de New-York), après le massage général. *M. Brouardel a noté de l'hyperglobulie subite après l'ingestion de purgatifs salins.* Les observations qu'ils ont publiées donnent encore plus d'importance à l'expérience de M. Chéron, qui date de trois ans. Je ne crois pas que la réalité scientifique du phénomène puisse être mise en doute, ni qu'on puisse lui proposer une interprétation plus logique que celle qu'a trouvée le médecin de Saint-Lazare. Pourra-t-on dire, après cela, que les transfusions hypodermiques n'agissent que par suggestion?

Ainsi donc, cette maladie du tonus qu'est la neurasthénie peut disparaître — pour quelques heures — presque instantanément, sous l'influence d'une stimulation réflexe, ayant pour point de départ la simple irritation mécanique, méthodiquement pratiquée, d'un des réseaux sensitifs de l'économie (nerfs de la peau, de la muqueuse digestive, des aponévroses, des articulations, des muscles, de la surface pulmonaire, de la tunique endothéliale des vaisseaux, etc.)

Qu'est-ce donc que le phénomène du tonus physiologique?

Une expérience célèbre, mais jusqu'à ce jour inutilisée, de Brondgeest nous apprend que le tonus d'un muscle cesse aussitôt que l'on coupe la racine sensitive du nerf mixte qui relie ce muscle à la moelle et que, par conséquent, le tonus est un phénomène réflexe.

Mais si le tonus est un réflexe permanent, c'est qu'il est entretenu continuellement par des excitations centripètes venues du monde extérieur, par les vibrations lumineuses et auditives qui nous assaillent de toutes parts, par les sensations tactiles conscientes ou pas, par les phénomènes thermiques, hygrométriques, électriques de l'atmosphère ambiante, phénomènes qui passent inaperçus pour l'homme équilibré, mais que les névropathes ressentent avec une grande intensité.

Ces excitations perpétuelles se portent sur nos périphéries sensitives, sur les terminaisons nerveuses des organes des sens, de la peau, de la muqueuse digestive, de la surface pulmonaire, des aponévroses, des articulations, des tendons et des muscles. Leur action sur nous n'est qu'un des modes de la transformation des forces ; en pénétrant en nous, leurs

vibrations se changent en vibrations nerveuses qui constituent notre tonus, notre vigueur individuelle. Eh bien! nos agents thérapeutiques non chimiques procèdent par un mécanisme absolument semblable; nous ne faisons que reprendre une voie toute tracée par la nature. En stimulant méthodiquement une quelconque des terminaisons nerveuses sensitives par l'étincelle de la machine statique, par la friction au gant de crin, par la douche, par le massage, nous puisons aux sources naturelles de la force humaine, à la sensibilité, mère de la motricité.

J'ai vu un violent état électrique de l'air, au moment où allait éclater une tempête de neige, agir comme aurait pu le faire une très forte injection de sérum, déterminer une hausse excessive de la tension artérielle et une hyperglobulie très marquée, en même temps que se manifestaient des symptômes d'extrême irritabilité mentale.

Si maintenant nous revenons aux causes de l'épuisement nerveux, nous constaterons bien souvent que c'est encore par l'intermédiaire de nos nerfs sensoriels ou sensitifs que sont passés ces émotions cruelles, ce surmenage d'érudition, ces chocs nerveux qui ont causé le mal. Ce ne sont pas uniquement les excès de dépense d'énergie cérébrale, mais plus souvent encore les abus d'excitations surmenantes qui causent la neurasthénie, ébranlent la cellule cérébrale, l'épuisent, distendent les muscles, ralentissent les sécrétions, abaissent le taux des combustions.

Peut-être maintenant pouvons-nous nous faire une idée de la pathogénie et du traitement rationnel de l'épuisement nerveux.

Pour nous résumer et pour conclure, disons que la neurasthénie et les maladies similaires, sont primitivement des maladies du tonus et secondairement des maladies de la nutrition, occasionnées par une dépense excessive d'énergie motrice ou par un surcroît d'irritation sensitive.

Dans l'un et l'autre cas, il faut recourir, pour la guérison, aux sources mêmes du tonus envisagé comme réflexe, aux surfaces sensitives de l'économie, les irriter méthodiquement et progressivement, de façon à faire reprendre à la cellule cérébrale l'habitude du tonus normal.

Nous aboutissons donc, en somme, avec des arguments qui

nous appartiennent en propre, à une théorie pathogénique assez semblable à celle que M. Féré avait pressentie sans en donner la preuve. L'étude de la neurasthénie peut se réduire, dans la majorité des cas, à un problème de mécanique biologique.

Sans doute, l'étiologie nous impose de ne pas négliger l'action chimique des toxines; mais, outre que nous ignorons le mode d'action de ces poisons organiques, nous sommes obligés de constater que la neurasthénie post-grippale elle-même guérit plus vite sous l'influence des agents mécaniques que sous l'influence des contre-poisons et des antiseptiques.

M. E. RÉGIS. — **Neurasthénie et artério-sclérose.**

> « Défiez-vous des *névroses vaso-motrices* qui peu-
> » vent, après un temps plus ou moins long, franchir
> » la période des troubles fonctionnels et entrer dans
> » celle des lésions organiques. Défiez-vous-en : étudiez
> » attentivement l'hypertension artérielle dans sa
> » symptomatologie et c'est ainsi que vous aurez des
> » armes plus sûres pour la combattre de bonne heure
> » et éviter ses funestes conséquences. »
>
> (Huchard. — *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*, p. 56.)

Je voudrais appeler l'attention du Congrès sur une question qui me paraît d'une importance réelle : celle des relations de la neurasthénie avec l'*artério-sclérose.*

L'artério-sclérose, si bien étudiée dans ces dernières années (1), est comme on sait une maladie générale et chronique du système artériel, résultat habituel des maladies par ralentissement de la nutrition, en particulier de l'arthritisme, des intoxications lentes, des infections, du surmenage et des émotions répétées, parfois même directement héréditaire (aortisme héréditaire de Huchard). Toutes ces causes, en adultérant la masse sanguine, produiraient un spasme des artérioles,

(1) Voyez :

Grasset. — Du vertige cardio-vasculaire ou vertige des artério-scléreux (*Leçons de clinique médicale,* Montpellier-Paris, 1891).

Charcot, Brissaud. — De l'athérome et de l'artério-sclérose (*Traité de médecine,* vol. V).

Et surtout les beaux travaux de Huchard sur la question notamment : *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux,* 2e édit., Paris, 1893.

spasme intermittent et passager tout d'abord, puis de plus en plus durable, dont la conséquence serait l'hypertension artérielle. Cette hypertension répétée serait le point de départ de l'inflammation du vaisseau et de l'artério-sclérose consécutive (endartérite et périartérite) avec ses localisations terminales sur les viscères. L'artério-sclérose consisterait donc essentiellement dans un état d'hypertension artérielle et comprendrait successivement : 1° une période de spasmes, par vaso-dilatation ou vaso-constriction (stade préartériel); 2° une période d'artério-sclérose proprement dite (stade artériel); 3° une période de scléroses viscérales (stade viscéral).

Dans ses derniers stades, l'artério-sclérose est d'un diagnostic facile et se reconnaît très aisément. C'est à elle qu'appartient l'athérome proprement dit, qui n'est le plus souvent qu'une des manifestations avancées de la maladie, sa localisation sur les vasa-vasorum, comme le mal de Bright et le ramollissement cérébral en sont la localisation sur les vaisseaux du rein et du cerveau. C'est ce stade initial, susceptible de se prolonger durant des années, qui constituerait le début ou les formes frustes de la plupart des maladies scléreuses chroniques, comme par exemple le *petit brightisme* de Dieulafoy.

Les principaux symptômes de l'artério-sclérose sont :

Dans les phases premières : l'oppression habituelle, la dyspnée d'effort et d'ascension; des spasmes divers; les palpitations à caractère pénible et douloureux; l'anxiété précordiale légère; les bourdonnements d'oreille; la céphalalgie; le vertige, « un des signes par excellence de l'artério-sclérose à son début » (Grasset); des palpitations; l'altération ou le dédoublement du premier bruit (bruit de trot); de l'arythmie et des souffles éphémères; le retentissement diastolique au foyer aortique, appelé encore renforcement diastolique aortique ou éclat aortique, symptôme caractéristique, pathognomonique de l'hypertension artérielle (Huchard, Grasset).

Dans les phases avancées ou d'athérome, les symptômes sont : l'hyperémie de la conjonctive bulbaire et une forme particulière de rhinite hypertrophique (Giovanni); l'arc sénile ou gérontoxon; l'inégalité, l'irrégularité, la résistance des artères, dont certaines tracent sous la peau des sinuosités très appa-

rentes (signe de la temporale); l'ampleur dépressible du pouls; le gonflement des veines superficielles et les varices; les crises de pâleur des téguments; le refroidissement des extrémités; le doigt mort; les fourmillements; les crampes; la pollakiurie; l'arythmie cardiaque; l'intensité du premier bruit; l'état tympanique du second bruit ou bruit clangoreux de Guéneau de Mussy, signe d'une lésion plus avancée que la simple hypertension par spasmes et caractérisant la dilatation de l'aorte; parfois des souffles diastoliques par insuffisance aortique d'origine artérielle; de l'angine de poitrine; des accidents méiopragiques de divers organes, consistant en diminution ou suspension transitoire de leur fonction par insuffisance d'irrigation et se traduisant par le phénomène dit de *claudication intermittente;* enfin des complications viscérales (hémorragies, néphrite interstitielle, ramollissement cérébral, etc.).

Telle est, en quelques mots, la conception actuelle de la nature et de l'évolution de l'artério-sclérose. Cette conception, due surtout à Huchard, éclaire bien des points de la patho logie. « Elle explique entre autres choses admirablement, comme dit Grasset, ce grand fait autrefois de constatation empirique, à savoir que dans les périodes initiales, les phénomènes de l'artério-sclérose sont intermittents et accessibles à la thérapeutique, tandis qu'à une période avancée ils deviennent permanents et difficilement guérissables (1). »

Or, il n'est pas un seul des principaux symptômes de l'artério-sclérose que nous venons d'énumérer qui, pris isolément ou joint à d'autres, ne puisse se rencontrer dans la neurasthénie et, de fait, il n'en est pour ainsi dire pas un qui n'y ait été signalé. Mais telle est la force de la tradition, telle est la puissance de l'idée préconçue en ce qui concerne la *neurasthénie-névrose,* que ces symptômes, au lieu d'être rapportés à leur cause véritable, l'artério-sclérose, ont été considérés par tous les auteurs comme des phénomènes subjectifs, comme des manifestations diversement localisées de l'éréthisme nerveux qui fait le fond de la maladie. Moi-même, je les ai longtemps envisagés comme tels sur la foi des idées courantes, et ce n'est qu'en les examinant de plus près que j'ai pu reconnaître

(1) Grasset. — *Loc. cit.,* p. 544.

l'altération organique dont ils relevaient dans bien des cas. J'ai ainsi recueilli en une année plus de vingt observations de neurasthénie liée à l'artério-sclérose [1].

Au point de vue de l'état neurasthénique, les cas de ce genre sont toujours à peu près identiques. Il s'agit, et j'insiste sur ce point, de neurasthénie vraie, présentant tout ou partie des stigmates classiques, à savoir : somatiquement, la céphalée, la sensation d'étau, de craquement ou de vide crânien, le mauvais sommeil, la rachialgie et les topoalgies, l'amyosthénie, les troubles vaso-moteurs, gastriques et génitaux; psychiquement, l'impotence avec difficulté de l'effort et fatigue rapide, la diminution de la volonté et de l'attention, l'hypocondrie spéciale avec souci analytique et émotif de la santé mentale et physique, les obsessions diverses et une tendance à l'angoisse vertigineuse se produisant surtout sous forme de topophobies. C'est en un mot, dans son tableau le plus complet, la neurasthénie dite *vertigineuse* ou *hypocondriaque,* suivant le symptôme prédominant.

Au point de vue de l'artério-sclérose, les faits peuvent se diviser en deux catégories distinctes : dans les uns, l'artério-sclérose, parvenue à une étape plus avancée, est, pour peu qu'on la recherche, absolument manifeste.

Il s'agit le plus souvent de femmes après la ménopause ou d'hommes d'un certain âge, arthritiques, syphilitiques, alcooliques, chez qui on trouve des maux de tête, des bourdonnements d'oreille déjà anciens, avec un degré plus ou moins grand de surdité, de la décoloration de la cornée, de l'état vertigineux et du vertige, de l'arythmie cardiaque avec bruit éclatant ou clangoreux de l'aorte et parfois des souffles, de la flexuosité et de la dureté des artères, de l'essoufflement pulmonaire, de la pollakiurie, des modifications quantitatives ou qualitatives de l'urine, souvent légèrement albumineuse. Il n'est pas rare de voir ces malades, dont l'état neurasthénique s'accentue lentement ou par paroxysmes avec les progrès de l'artério-sclérose, succomber au bout d'un temps plus ou moins long à l'une des complications de cette dernière sur les viscères, particulièrement sur le cerveau, le rein ou le poumon.

[1] A. Darroux. — *Des rapports de la neurasthénie avec l'artério-sclérose,* th. de Bordeaux, juillet 1895.

Les faits de la seconde catégorie sont beaucoup plus délicats, en ce que l'artério-sclérose n'y apparaît pas aussi évidente et aussi tranchée; elle y est discrète, dissimulée pour ainsi dire, persistant très longtemps, avec des oscillations marquées, à la période de spasmes préartérielle et n'aboutissant qu'à la longue, lorsqu'elle y aboutit, à l'artério-sclérose et à l'athérome confirmés. On s'explique très bien, dans de telles conditions, que les faits de cette nature soient habituellement méconnus et que les malades soient considérés et traités comme de purs neurasthéniques, sinon comme des malades imaginaires, les quelques symptômes d'artério-sclérose qui apparaissent chez eux étant comme instinctivement mis sur le compte de la neurasthénie elle-même, à titre de phénomènes purement nerveux.

Il s'agit le plus souvent ici d'individus jeunes, de teint remarquablement frais et coloré, rougissant facilement, issus, d'après ce que j'ai pu voir, de parents arthritiques et surtout artério-scléreux, ayant eux-mêmes présenté de bonne heure des manifestations d'hérédité arthritico-herpétique ou vasculaire et chez lesquels l'état neurasthénique, du type vertigineux et hypocondriaque, est venu s'enter, à l'occasion d'une cause fortuite, sur une artério-sclérose préexistante, dont il suit désormais les diverses fluctuations. Cette artério-sclérose, latente et fruste, à l'image des cardiopathies artérielles héréditaires signalées par Huchard, comme si l'intoxication originelle s'était atténuée par le fait même de la transmission, reste généralement ignorée; mais elle se révèle à un examen attentif par des symptômes tels que : bourdonnements d'oreille et altérations de l'ouïe, vertiges, troubles cardio-vasculaires, troubles spasmodiques et vaso-moteurs, troubles urinaires, etc., qui par leur réunion et leurs caractères ne peuvent laisser place au doute. Et ce qui prouve bien qu'il s'agit là de lésions d'artério-sclérose et non de phénomènes purement nerveux imputables à la neurasthénie, c'est que par une aggravation insensible et après un temps plus ou moins long, quelquefois fort long, ils aboutissent généralement à la période de sclérose et d'athérome, avec tous ses désordres et toutes ses complications, le cas ne différant plus alors en rien de ceux de la première catégorie. Quant à l'état neurasthénique, tantôt il

affecte le type continu avec paroxysmes; tantôt il procède par accès intermittents, aigus, avec angoisse, obsessions, perte des sensations cénesthétiques et altération de la personnalité physique et mentale, véritable *névrose anxieuse*, comme l'appellent les Allemands, ne se séparant plus que par des nuances difficiles à saisir de la mélancolie anxieuse, consciente, avec délire des négations, si bien étudiée par M. Cotard et par M. Séglas.

Tels sont, esquissés à grands traits, les deux ordres d'état neurasthénique que j'ai trouvés liés à l'artério-sclérose : les uns constituent ce qu'on pourrait appeler la *neurasthénie de l'athérome;* les autres, plus délicats, représentent la *neurasthénie de l'artério-sclérose* soit au début, soit héréditaire, précoce et larvée.

On a pu voir, par ce qui précède, que certains symptômes d'artério-sclérose étaient particulièrement fréquents dans tous les cas de neurasthénie de l'une et de l'autre variété que nous avons en vue; ce sont : les *bourdonnements d'oreille*, les *vertiges* et l'état vertigineux, les *troubles cardio-vasculaires* et, à un degré moindre, les *troubles urinaires*. En principe, cela n'a rien d'étonnant, car, nous l'avons dit, ces symptômes sont considérés par tous les auteurs comme pouvant exister dans la neurasthénie pure, et on peut ajouter, sans crainte de se tromper, qu'on les y retrouverait plus souvent encore si on les y recherchait systématiquement. C'est ainsi, par exemple, que M. Gellé, opérant à la consultation de Charcot, à la Salpêtrière, a constaté que « les sujets qui se plaignaient des vertiges les plus tenaces, des tintouins les plus agaçants, etc., ont offert presque toujours comme élément prépondérant, responsable des récidives et des rechutes, la neurasthénie » (1). Qu'est-ce donc qui nous autorise à voir dans ces symptômes des manifestations d'artério-sclérose et, non comme tout le monde, des phénomènes purement nerveux?

Nous pourrions nous borner à faire remarquer que leur origine organique, vasculaire, se déduit suffisamment de leur étiologie, de leur association avec les autres signes constitutifs de l'artério-sclérose, de leur acheminement progressif vers l'état d'athérome, enfin de leur atténuation sous l'influence du

(1) GELLÉ. — *Clinique otologique annexe de la Salpêtrière, statistique de 1890*, p. 13. Paris, 1892.

traitement classique de l'hypertension artérielle. Mais nous croyons qu'on peut aller plus loin et affirmer que ces symptômes ont par eux-mêmes des caractères qui permettent de les rattacher à un substratum tel que l'artério-sclérose. Je me bornerai à indiquer ici, en m'excusant d'entrer dans quelques détails, quelques-uns de ces caractères relatifs aux bourdonnements d'oreille, au vertige, aux troubles cardio-vasculaires, à la pollakiurie.

Bourdonnements d'oreille. — Les bourdonnements d'oreille, bien que communs dans la neurasthénie, n'attirent généralement pas l'attention des neurologistes, et les otologistes eux-mêmes semblent n'y voir le plus souvent que la conséquence de la névrose. « L'action prédominante de celle-ci, dit Gellé, apparaît évidente quand la lésion auriculaire est manifestement insuffisante à causer le trouble fonctionnel otique avec l'intensité et les réactions générales dont se plaint le sujet (1). »

Or, voici ce que j'ai observé pour ma part à l'examen des vingt et quelques cas dont j'ai parlé et où ce symptôme n'a jamais fait défaut.

Le bourdonnement d'oreille chez les neurasthéniques est plus ou moins intense, plus ou moins continu, plus ou moins variable. Dans les premiers temps surtout, il est intermittent et ne survient qu'à certains moments, par exemple sous l'influence de la constipation, après les repas, la tête baissée, en un mot dans les états et les attitudes favorisant la congestion encéphalique. Quel que soit son caractère, sensation d'obstruction, bourdonnement, sifflement, tintement, chute de cascade, bruit de conque, etc., il est d'habitude à renforcement et, si on le fait reproduire par le malade, on voit qu'il affecte le plus souvent un type rythmé, isochrone aux battements artériels. Cette particularité, déjà significative, n'avait pas échappé à certains auteurs, et Bouveret, notamment, a signalé dans la neurasthénie « des bruits comparables à ceux de l'otite moyenne scléreuse sans que l'examen de l'appareil auditif y révèle aucune altération », ainsi que des bruits synchrones

(1) Gellé. — *Loc. cit.*, p. 13.

aux battements et « dus aux pulsations des artères voisines de l'oreille » (1). On se demande comment, après ces constatations, Bouveret a pu conclure que « ces troubles auditifs sont sans doute imputables à une hyperesthésie du nerf acoustique », au lieu de se demander si, vu leur type, ils n'étaient pas l'expression auriculaire d'une artério-sclérose à la phase spasmodique d'hypertension; tant est grande, comme je le disais, cette tendance pour ainsi dire involontaire à tout rapporter à l'éréthisme nerveux de ce que l'on rencontre dans la neurasthénie.

Mais il est un autre caractère du bourdonnement d'oreille chez les neurasthéniques qui n'a guère été noté et qui est plus significatif encore : c'est qu'il est unilatéral ou manifestement prédominant d'un côté, surtout *à gauche*. Or, il en est exactement de même dans l'artério-sclérose et dans l'athérome, ainsi que chacun peut s'en convaincre en parcourant les faits classiques ou par l'examen de ses propres observations. Il est difficile, me semble-t-il, de ne pas voir là un argument tendant à démontrer que les bourdonnements d'oreille de certaines neurasthénies, comme ceux de l'artério-sclérose, avec lesquels ils se confondent, sont d'origine vasculaire. On s'expliquerait malaisément, en effet, l'unilatéralisation du phénomène ou sa prédominance d'un côté de choix, dans le cas de simple hyperesthésie nerveuse auditive; par contre, l'idée de l'artério-sclérose est d'autant plus plausible qu'il est à remarquer que tous les troubles circulatoires de l'extrémité céphalique, en particulier les troubles artério-scléreux, prédominent justement à gauche, sans doute en raison de ses conditions spéciales de circulation.

Il n'y a pas, d'ailleurs, à douter que le bourdonnement d'oreille, chez les neurasthéniques dont il s'agit, soit de nature organique et non dynamique, car quoi qu'en dise M. Bouveret, il s'accompagne de lésions et de lésions plus fréquentes ou plus marquées à gauche, comme les bourdonnements. Au début, dans les phases de spasmes et d'hypertension, on ne constate pas, il est vrai, d'altérations scléreuses; mais on trouve déjà un état congestif de l'oreille et de la muqueuse du

(1) BOUVERET. — *La neurasthénie*, 2e édit. Paris, 1891.

pharynx (Gellé), une diminution plus ou moins apparente de l'acuité auditive, enfin des phénomènes d'ouïe douloureuse qui font que tout bruit, même celui de sa propre voix, retentit péniblement dans la tête du malade, comme s'il traversait un milieu plus sonore et plus dense qu'à l'état normal. Plus tard, dans les périodes avancées de la maladie, les lésions locales sont plus évidentes et plus sérieuses; l'ouïe est devenue très dure, principalement à gauche, et l'examen de l'oreille révèle l'existence d'une otite scléreuse soit double, soit plus marquée du même côté.

Vertige. — Si le bourdonnement d'oreille est fréquent chez les neurasthéniques, le vertige et l'état vertigineux ne le sont guère moins. Tous les auteurs ont encore constaté le fait. Mais de même que pour le bourdonnement d'oreille, ils attribuent le vertige à la névrose elle-même, quand ils ne la mettent pas sur le compte d'un trouble de l'estomac ou d'une lésion auriculaire. « Le vertige, dit Gellé, a été marqué 52 fois sur mes notes; 4 fois seulement, cela est très remarquable, l'observation ne put découvrir aucune lésion des organes de l'ouïe [1]. » Cependant Gellé fait aussi une large part à l'état névropathique dans la production du phénomène. « La neurasthénie, dit-il, amplifie tout et l'hypocondrie y ajoute la peur et les préoccupations incessantes et tyranniques, et l'agoraphobie *ab aure* est née. Ces phénomènes nerveux se rencontrent sans lésion; mais ils coïncident aussi avec des lésions auriculaires évidentes et sont susceptibles d'être modifiés dès lors par le traitement topique. Ce sont là des diagnostics intéressants, et la juste appréciation du rôle de chacun des deux éléments, cérébral et auriculaire, dans la genèse des manifestations morbides, est souvent des plus difficiles [2]. »

En réalité, dans les cas que nous avons en vue, le vertige n'est produit ni par la neurasthénie ni par la lésion de l'oreille; il est, comme l'une et l'autre, le résultat de l'artériosclérose concomitante. Plusieurs de ses caractères, en effet, semblent l'indiquer.

Si le vertige des neurasthéniques était dû à une lésion

(1) Gellé. — *Loc. cit.*, p. 31.
(2) Gellé. — *Loc. cit.*, p. 34.

scléreuse de l'oreille, il suivrait exactement celle-ci dans son évolution progressive au lieu de se montrer intermittent, ainsi que le remarque Gellé. Il peut d'ailleurs, on le sait, exister sans elle.

Si, d'autre part, il était la conséquence de la neurasthénie, c'est à dire d'une névrose purement dynamique et émotive, il se produirait surtout dans les moments de fatigue et d'émotion. Or, il n'en est pas ainsi.

Lorsqu'on étudie de près le vertige des neurasthéniques dont je parle, on s'aperçoit qu'il a lieu de préférence dans les conditions où s'opère une modification rapide du tonus vasculaire, et cela, non seulement dans es cas d'impression morale vive, mais encore et le plus souvent après les repas, sous l'action de la chaleur, du froid, des variations atmosphériques, dans les déplacements brusques de la tête et du corps. Maintes fois j'ai noté chez mes malades cette particularité intéressante que le vertige survenait soit au moment où ils relevaient la tête après s'être baissés, soit quand ils la tournaient en arrière ou la portaient de côté, soit en se couchant, soit surtout *au moment de leur lever*. J'en ai même vu qui avaient des vertiges la nuit, durant leur sommeil, dès que leur tête était trop basse et qui, pour éviter la sensation douloureuse et le réveil pénible qui en résultaient, prenaient l'habitude de dormir à demi-assis. Ce fait, qui exclut l'action prépondérante du déplacement du regard dans la production du vertige neurasthénique invoqué par certains auteurs (Lowenfeld), ne peut s'expliquer, on en conviendra, que par un trouble vasculaire, par une altération du tonus vaso-moteur. A l'état normal, notre système vaso-moteur joue vis-à-vis des artères un véritable rôle d'accommodation, les adaptant d'une façon rapide et adéquate aux multiples variations d'influence des attitudes, de la température, des émotions, etc. Mais chez les sujets dont le système vaso-moteur est lésé, et c'est essentiellement le cas de la neurasthénie, comme le remarque Beard, il se produit déjà au début et à la moindre cause soit des retards d'accommodation, soit des spasmes, par constriction ou dilatation. De là leur état vertigineux et leurs phénomènes spasmodiques, si variés et si caractéristiques. Plus tard, quand l'artérite vraie a succédé à la simple hypertension, l'accommodation circulatoire

se fait plus mal encore et il en résulte, dans les conditions favorables, du vertige. Ainsi se trouve expliqué le mécanisme du vertige, chez les neurasthéniques comme chez les artério-scléreux, sous l'influence des agents modificateurs de la circulation. C'est ce qui me fait dire et répéter souvent que les neurasthéniques et les artério-scléreux accommodent mal leur circulation comme d'autres accommodent mal leur vision, et ce qui m'a fait conseiller avec succès à ceux de mes malades sujets au vertige du *saut du lit,* de se lever en plusieurs temps, par redressements gradués, pour permettre aux artères de leur extrémité céphalique de s'accommoder par transitions au changement d'attitude.

Il existe bien d'autres symptômes considérés comme purement neurasthéniques qui, en réalité, chez un certain nombre au moins de malades, appartiennent à l'artério-sclérose. Je ne puis, dans un travail qui a surtout pour but d'exposer dans une première vue d'ensemble les principaux éléments de la question, entrer dans les détails de chacun des faits. Aussi me bornerai-je à appeler de nouveau l'attention sur les phénomènes viscéraux chez les neurasthéniques, en particulier sur les phénomènes cardio-vasculaires, trop exclusivement considérés jusqu'ici comme d'ordre purement fonctionnel, car ce sont très souvent de véritables phénomènes de *claudication intermittente* (1), spasmodiques, il est vrai, mais pouvant aboutir à la longue aux lésions de l'artério-sclérose confirmée (modifications passagères et permanentes des bruits du cœur et pseudo-angine de poitrine (Huchard), aphasie transitoire (Régis), hémorragie des muqueuses (Mesnard), etc.) Je dirai simplement un mot des troubles urinaires ou plutôt de l'un deux, la *pollakiurie.*

Pollakiurie. — Comme il est entendu que tout symptôme

(1) Ayant eu tout récemment l'idée de rechercher la claudication intermittente vraie chez quelques-uns de mes neurasthéniques, j'ai pu la constater cinq fois coup sur coup. Dans les cinq cas, elle affectait le membre supérieur droit, occupant tantôt le petit doigt, tantôt le médius et l'annulaire, tantôt la main et le bras jusqu'à la racine. Chose curieuse, les malades, si prompts à se préoccuper de leurs moindres malaises, n'attachaient pas grande importance à cet accident et ne l'avaient pas signalé spontanément. Ils se bornaient, lorsqu'ils étaient pris, à frictionner ou à faire frictionner énergiquement l'extrémité morte jusqu'au retour de la circulation et de la vie. C'est là, il me semble, chez des neurasthéniques considérés comme purs, une preuve importante de la coexistence de l'artério-sclérose.

observé dans la neurasthénie doit être un phénomène nerveux, on a considéré la pollakiurie neurasthénique, peu signalée du reste, comme d'essence purement dynamique et les neurasthéniques pollakiuriques comme des *faux urinaires* ou *psychopathes urinaires,* suivant les dénominations adoptées par M. le professeur Guyon et ses élèves.

Or, s'il est des neurasthéniques chez lesquels la pollakiurie a une origine essentiellement émotive, il en est d'autres, assez nombreux, chez lesquels ce phénomène paraît relever d'une cause organique vraie, l'artério-sclérose. La preuve en est dans les caractères mêmes de cette pollakiurie qui, ainsi que nous l'avons déjà vu pour le bourdonnement d'oreille et le vertige, se manifeste bien moins sous l'influence des impressions morales que dans les conditions modificatrices de la circulation et de la tension artérielle : après les repas, dans les changements brusques de température, mais surtout *la nuit.* L'intolérance vésicale des neurasthéniques est, en effet, plutôt nocturne, quelquefois même exclusivement nocturne. Certains malades, qui dans la journée urinent avec une fréquence normale ou à peu près, sont pris à partir d'une heure déterminée de la nuit, habituellement après leur premier sommeil, d'un besoin impérieux et subit d'uriner qui, à dater de ce moment, se renouvelle plus ou moins souvent jusqu'au matin, sans qu'on puisse invoquer la moindre action émotive ou psychique. D'ordinaire, le malade urine peu à la fois et par spasmes, en plusieurs temps; il peut cependant y avoir une véritable polyurie. Ce sont là, comme on voit, les caractères de la pollakiurie de l'artério-sclérose. Ce qu'il y a de remarquable et ce qui vient à l'appui de l'origine organique du phénomène, c'est qu'il est très tenace et que, non seulement il se montre inaccessible, cela va sans dire, à toute médication suggestive, mais encore, ainsi que je l'ai observé, plus rebelle que tout autre au traitement proprement dit. C'est pourquoi il peut devenir, chez quelques malades, soit le principal objet des préoccupations hypocondriaques, soit le point de départ d'obsessions urinaires ou génito-urinaires. J'ai pu recueillir quelques exemples de ce genre.

Il me semble impossible après cet exposé, tout incomplet

qu'il est, de contester la coexistence fréquente des symptômes de la neurasthénie et de l'artério-sclérose.

Il s'agit donc maintenant d'interpréter les faits et d'aller au devant de certaines objections.

La première objection consiste à ne voir dans cette coexistence qu'une simple coïncidence, c'est à dire qu'une rencontre purement fortuite.

Mais cette objection tombe devant la connexité indéniable de deux états morbides, intimement réunis par des liens à la fois étiologiques, symptomatiques et thérapeutiques.

Une autre objection, plus spécieuse encore, est celle qui, tout en admettant la subordination de la neurasthénie à l'artério-sclérose, fait de cette neurasthénie une variété à part, différant de la neurasthénie vraie. Ce paraît être là l'opinion de M. Mathieu, lorsqu'il dit : « La combinaison de la neurasthénie et de l'artério-sclérose ou de la néphrite interstitielle n'est pas chose rare. Il peut y avoir une véritable difficulté à établir cette différenciation. L'examen de l'urine, du cœur, des vaisseaux; l'influence du régime lacté fourniront les points de repère (1). »

Mais c'est surtout l'opinion de M. Levillain qui, dans un intéressant ouvrage en cours d'impression qu'il a bien voulu me communiquer, développe très nettement sa manière de voir.

Pour M. Levillain, il existe deux sortes d'états neurasthéniques bien distincts : la neurasthénie franche, vraie, primitive, type Beard; les neurasthénies secondaires, symptomatiques, qu'il appelle aussi fausses neurasthénies ou *pseudo-neurasthénies,* telles que la neurasthénie syphilitique, les neurasthénies post-infectieuses, les neurasthénies préorganiques, auxquelles il est tout disposé à ajouter la neurasthénie de l'artério-sclérose.

Ces états neurasthéniques secondaires ou pseudo-neurasthénies différeraient pour lui de la vraie neurasthénie, non seulement par leur étiologie, mais encore par certains côtés de leur symptomatologie et aussi par leur évolution et leur pronostic. Il semble en effet inadmissible à M. Levillain qu'une neurasthé-

(1) Mathieu. — *La neurasthénie,* 2e édit., 1894, p. 127.

nie provoquée chez un simple névropathe par émotion morale, traumatisme ou surmenage intellectuel, prenne exactement la même forme clinique qu'une neurasthénie qui se développe peu à peu, sans cause apparente, chez un artério-scléreux.

Je ne partage pas, pour ma part, cette opinion, qui ne tend à rien moins qu'à créer pour la neurasthénie, ainsi qu'on l'a fait pour l'épilepsie et pour l'hystérie, un type névrose, primitif, immuable dans son essence immatérielle et des types secondaires, *neurasthénoïdes,* si l'on peut dire, symptomatiques d'états divers.

Il me serait facile, en effet, de répondre à M. Levillain que les différences cliniques qu'il cherche à établir entre les fausses neurasthénies et la vraie doivent être bien subtiles puisque, dans la pratique, les premières, celles liées notamment à l'artério-sclérose, sont infailliblement considérées et traitées comme des neurasthénies vraies tant qu'on n'a pas découvert l'artério-sclérose concomitante.

D'ailleurs, on se demande en quoi une neurasthénie provoquée par émotion morale, traumatisme ou surmenage intellectuel, doit forcément différer d'une neurasthénie provoquée par syphilis ou par artério-sclérose, étant donné qu'en fin de compte, les causes morales comme les causes physiques ont un mode d'action identique, puisqu'elles ont pour effet, les unes et les autres, de déterminer un trouble de la nutrition, à la faveur duquel se développe la névropathie.

Et si tant est qu'il faille étiologiquement différencier les neurasthénies, pourquoi, au lieu d'une neurasthénie vraie et de fausses neurasthénies, ne pas admettre tout simplement des espèces neurasthéniques, variant plus ou moins suivant la cause qui les a engendrées?

Ce n'est là, au surplus, qu'une discussion surtout théorique, et il me suffit qu'on ne conteste pas que l'artério-sclérose puisse engendrer la neurasthénie, que celle-ci soit pure ou non, diffère ou non du type Beard.

Une objection que je comprendrais davantage, si elle était formulée, est la suivante. La neurasthénie, on le sait, reconnaît habituellement une origine toxique ou infectieuse (arthritisme, syphilis, alcoolisme, maladies infectieuses aigües, surmenage, émotion) et elle peut être considérée en dernière

analyse comme un état d'épuisement organique produit par un trouble de la nutrition, avec élection sur le système nerveux. Or, l'artério-sclérose dérive exactement nous le savons, de la même source, de sorte qu'on est en droit de se demander si c'est l'artério-sclérose qui provoque la neurasthénie ou si l'une et l'autre ne sont pas sous la dépendance d'une cause commune et primordiale, le trouble de nutrition. Par exemple, chez les neurasthéniques artério-scléreux arthritiques, les plus communs dans l'espèce, est-ce l'artério-sclérose seule qui détermine la neurasthénie ou n'est-ce pas plutôt l'arthritisme qui les engendre toutes deux, soit séparément, soit l'une par l'autre? Et n'en est-il pas de même lorsque, au lieu de l'arthritisme, c'est la syphilis ou tout autre facteur étiologique similaire qui est en jeu?

Je serais assez disposé, en ce qui me concerne, à me rattacher à cette dernière conception, d'autant que, loin de rien enlever aux rapports qui unissent les deux états morbides, elle les rend encore plus étroitement solidaires.

Et je me résume en disant :

Fréquemment, plus fréquemment qu'on ne le croit, la neurasthénie est liée à l'artério-sclérose, héréditaire ou acquise, latente ou confirmée et, dans ces cas, le traitement de l'artério-sclérose constitue le traitement de choix de la neurasthénie concomitante.

Quant à ce traitement, voici celui que j'emploie et qui m'a donné presque toujours les meilleurs résultats :

1° Un verre à bordeaux d'eau purgative tous les matins, immédiatement avant le petit déjeuner.

2°	Bromure de sodium	10 grammes.
	Iodure de sodium	5 —
	Eau........................	150 —

une cuillerée à bouche tous les soirs, avec adjonction, si l'état général l'indique, d'une préparation arsenicale.

3°	Ergotine.....................	10 centigrammes.
	Extrait sec d'hamamelis virginica	5 —

pour une pilule. F. S. A. 30 pilules.

Deux à trois par jour, au commencement des repas.

Cette partie du traitement, qui en constitue la base, doit être continuée pendant longtemps.

4° Comme adjuvant et suivant les cas, hydrothérapie, tiède ou froide, bains gazeux d'acide carbonique et surtout *électricité statique*.

M. Régnier. — A l'appui de ce que vient de dire M. le Dr Régis, je pourrais citer ces formes de neurasthénie que mon maître, le Dr A. Robin, a décrites sous le nom d'*albuminurie phosphaturique* et qui succèdent le plus souvent à des troubles gastriques. Il se fait probablement par cette voie une auto-intoxication du système nerveux central qui se traduit fonctionnellement par les signes de la maladie de Beard et anatomiquement par le trouble de la nutrition du système nerveux prouvé par la phosphaturie et les troubles circulatoires qui amènent l'albuminurie. Aussi, en cherchant bien dans toutes les formes de la neurasthénie, on doit trouver un substratum anatomique expliquant les perturbations fonctionnelles des centres de l'innervation.

M. Larroussinie. — Voici un cas qui vient à l'appui de l'opinion émise par M. Régis.

Il s'agit d'un malade qui, il y a deux ans, a présenté les symptômes de la neurasthénie : céphalée (casque neurasthénique), de l'asthénie neuro-musculaire, de l'insomnie, de la dyspepsie. Il était, au point de vue mental, très déprimé, se sentait découragé. Éprouvait des vertiges.

Aujourd'hui, il présente les symptômes les plus évidents de la paralysie générale (idées de grandeur, euphorie; il se croit très riche; il commet des actes ridicules, n'hésitant pas, par exemple, à se montrer dans la ville qu'habite sa famille en compagnie de femmes, avouant à sa femme qu'il lui faut des maîtresses, dépensant d'une façon exagérée et compromettant ainsi son avoir, etc...; légère inégalité pupillaire; affaiblissement des réflexes). Mais ce sont surtout les symptômes psychiques qui sont accusés.

M. Maurice de Fleury. — La thèse pathogénique de la neurasthénie que nous propose M. Régis est trop nouvelle et trop intéressante pour qu'il soit possible de la discuter sans avoir fait de recherches dans le même sens que lui. Je me propose désormais d'étudier mes neurasthéniques au point de vue de l'artério-sclérose fruste.

Certes, j'ai déjà vu des neurasthéniques devenir, à un âge avancé de la vie, des cardio et des artério-scléreux; les émotions auxquelles les avait continuellement soumis l'instabilité de leur système nerveux avaient fait trop battre leur cœur pour que leur aorte ne traduisît pas par de la sclérose ce surcroît de travail. M. Huchard a bien montré que le simple excès de fonctionnement du myocarde pouvait déterminer des cardio-scléroses et il a prouvé qu'on pouvait mourir d'angine de poitrine vraie, rien que pour avoir vécu d'une vie très énervante. Je partage cette opinion. Mais, jusqu'à présent, j'ai vu l'artério-sclérose comme conséquence et complication, mais non pas comme source de la neurasthénie.

M. E. Régis. — L'objection de M. de Fleury consiste à regarder l'artério-sclérose, non plus comme la source, mais, au contraire, comme la conséquence et la complication de la neurasthénie, par suite des émotions continuelles que celle-ci provoque.

A cela on peut répondre que, dans les cas dont il s'agit, l'artério-sclérose, acquise ou héréditaire, préexiste toujours à la neurasthénie et ne peut, par suite, en être le résultat. Il n'en est pas moins vrai, et sur ce point je suis d'accord avec M. de Fleury, que la neurasthénie, une fois créée, réagit de son côté, par une sorte de choc en retour, sur les troubles de circulation.

Je ferai remarquer d'ailleurs que la théorie pathogénique soutenue tout à l'heure par M. de Fleury, celle de l'hypotonus, ne s'éloigne pas quant au fond de celle que je propose ici : car la théorie de l'hypotonus admet un substratum à la neurasthénie et un substratum en grande partie artériel. Il est vrai que ce substratum artériel serait, pour MM. Chéron et de Fleury, l'hypotension, tandis que j'incrimine, pour ma part, si les vues de M. Huchard sont exactes, l'hypertension. Mais hypotension ou hypertension, et cela reste à vérifier expérimentalement d'une façon plus complète, il ne s'agit pas moins, dans les deux cas, d'un trouble de la tension artérielle et d'un trouble qui peut aboutir, M. de Fleury le reconnaît, à l'artério-sclérose. Voilà le point important de la question[1].

M. FOVEAU DE COURMELLES. — La neurasthénie et son traitement électrique.

On n'a préconisé jusqu'ici que le bain et la douche cérébro-statique comme unique traitement de la neurasthénie. C'est là, certes, la médication de choix avec la suppression des causes qui ont amené la maladie de Beard : surmenages divers. Mais à la franklinisation, agissant activement sur l'état général, il convient d'ajouter parfois la galvanisation ascendante ou descendante. En effet, la paresse cérébrale ou l'impossibilité même de se livrer à tout travail intellectuel s'accompagne souvent de faiblesse ou d'excitation générale, de symptômes médullaires que les courants continus peuvent améliorer.

J'ai donc institué comme traitement électrique rationnel de la neurasthénie :

[1] Dans une intéressante leçon clinique parue récemment (Paralysie hystérique chez un sujet atteint d'aortite chronique avec dilatation de la crosse de l'aorte, *Semaine médicale*, 20 novembre 1895), M. le professeur Potain n'hésite pas à considérer l'hystérie comme susceptible de survenir, à l'exemple de son cas, sous l'influence des cardiopathies.

1° Un traitement général : bain et douche statique, activant les combustions et le rejet d'urée.

2° Un traitement local encéphalo-médullaire, par la galvanisation.

La franklinisation est trop connue pour que je la décrive ici. Reste l'application des courants continus. On discute encore sur la valeur thérapeutique de leurs sens : *ascendant* ou centripète, *descendant* ou centrifuge, et de leurs pôles; certains auteurs attribuant au *courant descendant*, c'est à dire celui dont le pôle négatif est placé plus bas que le positif par rapport au cerveau, une action sédative, calmante, atrophique, que d'autres auteurs accordent simplement au *pôle positif,* le négatif étant alors placé en pôle perdu, c'est à dire n'importe où. Le *courant ascendant,* où le pôle négatif est le plus près du cerveau, aurait au contraire une action hypertrophique, excitante, irritante, dont certains électrothérapeutes localisent l'action en le pôle *négatif.* Ces deux théories sont vérifiées par les faits, et je les mets d'accord de la façon suivante :

S'agit-il de calmer certaines excitations cérébrales que ne calme pas assez vite la franklinisation, j'applique au siège du maximum de la sensation morbide, ou dans son voisinage le plus immédiat, le pôle positif de mon courant continu, et je place plus bas, à la nuque par exemple, le pôle négatif. Je déplace fréquemment celui-ci de façon à éviter l'eschare que, on le sait, peut produire avec facilité ce pôle, mais je déplace l'électrode en la faisant glisser sur la peau, en maintenant toujours avec celle-ci un contact parfait, de façon à éviter ainsi les secousses que provoquent toujours la fermeture et l'ouverture du courant.

Si le patient accuse des douleurs médullaires, j'appliquerai de même *in loco dolenti* le pôle positif et, plus bas, le pôle négatif, toujours avec les mêmes précautions.

Si, au contraire, il faut exciter un sujet inerte, dont la torpeur et l'incapacité de tout travail sont absolues, j'applique sur la région du front le pôle négatif, le promenant avec lenteur et sans le soulever pour éviter les phosphènes, et le pôle positif est alors à la nuque.

Si certaines fonctions médullaires sont annihilées, le pôle négatif sera placé le plus près possible des points d'émergence

des nerfs commandant la fonction supprimée, et le pôle posit sera placé plus bas.

J'ai appliqué maintes fois ces indications et les malades s'en sont heureusement trouvés. Je puis citer notamment certain ataxique dont les douleurs en ceinture, la marche hésitante avaient disparu, tous les symptômes s'étant en quelque sorte localisés dans les yeux et où la paralysie et l'atrophie de tous les muscles de ces organes étaient presque complètes. Chez ce malade, qui présentait encore fréquemment des douleurs paraissant s'irradier des nerfs optiques, la sédation galvanique par le courant descendant, pôle positif frontal et pôle négatif occipital, donna une amélioration rapide; le *calme* et la suppression des douleurs. Quant à l'intensité du courant, elle varie de 5 à 10 milliampères en moyenne, quoique certains sujets soient plus résistants que d'autres et exigent parfois le double.

La durée est de cinq à dix minutes, et la fréquence des applications peut aller jusqu'à être quotidienne.

Il est évident que ces galvanisations, sédative ou excitante, exigent une grande prudence et une attentive surveillance du neurasthénique et des électrodes. Il n'est pas jusqu'à la franklinisation dont il ne faille se préoccuper, loin de là, car ce n'est pas un agent inoffensif, et l'on a déjà prouvé que l'amaigrissement de l'individu peut être ainsi obtenu; mais, pour le neurasthénique vrai, il convient, avant d'arriver aux longues séances allant jusqu'à trente minutes, et les seules efficaces, ainsi que mon excellent confrère, le Dr Imbert de La Touche et moi l'avons démontré; il convient, dis-je, d'opérer progressivement. Il faut, si l'on donne à la fois, ainsi que je le fais, bain négatif et douche positive, placer d'avance les chaînes et conducteurs, pour n'avoir rien à modifier pendant l'application et ne pas donner de secousses ou de chocs.

Chez une jeune femme neurasthénique, mais non *effrayée* par le traitement — j'insiste sur ce point pour qu'on n'aille pas attribuer à l'effroi un effet dû à l'électricité — j'ai vu des accidents mentaux très curieux qui démontrent la nécessité soit du dosage franklinien, soit du dosage ozonoscopique, les deux productions d'électricité statique et d'oxygène électrisé étant concomitantes. En effet, la patiente, descendue du

tabouret isolant après une séance de dix minutes de bain et douche cérébro-statique, se trouva prise de vertiges dans la rue, put à peine faire signe à un cocher et monter dans une voiture; là, ne se rappela que le nom de la rue et pas le numéro, retrouva celui-ci vingt minutes après, en arrivant. Elle se coucha de suite, ne put manger, délira et cria toute la nuit. Elle persévéra quand même, elle est aujourd'hui guérie (20 séances) et son poids a augmenté de 5 kilos malgré l'été.

Je n'ai de ce genre que ce seul fait, et il importe de le signaler pour en trouver la cause.

Quant à l'effroi, à la suggestion, ces deux hypothèses n'ont rien à faire ici et en voici les raisons. La malade, artiste de talent, venait souvent à la maison avant de se soigner; elle avait voulu, avant de commencer le traitement franklinien, savoir ce que l'on ressentait et en avait eu la sensation caractéristique de vent sur la tête deux ou trois minutes. Elle n'avait rien ressenti ou accusé autre pendant l'application qui provoqua les désordres dont je viens de parler; elle n'avait pas eu ce jour-là de fatigue ou d'émotions, elle n'était pas réglée, aussi l'électricité me paraît être la seule cause efficiente. Chez une autre malade, certaines sensations « d'éblouissements » se produisirent. En revanche, j'ai vu des obsédées et des lypémaniaques se calmer, voire s'endormir, dès la première fois, sous la douche statique.

Voici maintenant l'histoire d'une neurasthénique très améliorée (quarante-sept ans, célibataire, non réglée depuis quatre ans), mais intéressante par ses manifestations hémorragico-nasales et la forme littéraire de l'observation, dictée par la patiente à une personne de sa famille. Ce n'est cependant pas là l'histoire du neurasthénique écrite d'avance, avant de consulter; c'est sur ma demande, et après le traitement commencé, que cette rédaction a été faite.

Je suis née dans des circonstances tragiques. Des émotions violentes et répétées, des angoisses morales agitèrent ma mère cinq ou six semaines avant ma naissance, qui lui coûta d'horribles souffrances. Il en résulta pour moi une blessure à la tête au seuil de l'existence et un tempérament excessivement impressionnable.

A l'âge de sept ou huit ans, je fus sujette à des hémorragies nasales très violentes et très fréquentes; elles devinrent à peu près périodiques dans la suite, mais en se manifestant cependant en dehors de ces périodes

lorsque survenait une fatigue un peu grande ou une émotion un peu vive.

Dans le courant de ma vie active, j'ai eu un travail de bureau écrasant et des préoccupations très grandes, résultant d'une situation temporelle particulièrement douloureuse; ce travail a duré vingt-six ans.

Depuis une dizaine d'années, je ressentais à la tête des démangeaisons très pénibles, que j'attribuais au cuir chevelu et qui ne provenaient, en réalité, que d'une fatigue des nerfs cérébraux. Plus tard, j'éprouvais, quand arrivait le soir, une fatigue du sommet de la tête déterminant une somnolence contre laquelle il m'était impossible de réagir; mes paupières me semblaient de plomb et tout travail du soir, même insignifiant, m'était un supplice.

Plus tard encore, je ressentis aux deux tempes comme une pression, un serrement, une contraction plutôt, qui se produisait aussitôt que je touchais une plume. Les maux de tête, auxquels j'avais toujours été sujette et qui me jetaient dans une prostration profonde pendant leur durée, devinrent plus fréquents, plus violents, presque habituels à partir de novembre 1893; à ce moment, j'ai éprouvé subitement, des deux côtés du cerveau et à un point précis du côté droit du front, une sensation de vide qui me causait des angoisses morales inexprimables; je sentais un véritable affaiblissement, sinon de mes facultés, du moins de force morale, et contre lequel j'eus la folie de lutter par un excès de travail, sous prétexte de me distraire.

Indépendamment d'un travail de broderie qui me tint à la tâche pendant six mois, ne me laissant pas une minute de repos, en dehors de mon travail de bureau et de quelques lectures, j'eus à disputer à la mort deux malades qui me tenaient fort au cœur et dont l'état me causa des fatigues inouïes pendant les mois de décembre 1893, janvier et février 1894.

Au commencement de mars, une toute petite plaie se manifesta à la jambe gauche, avec une apparence de petite ampoule; elle me fit beaucoup souffrir pendant cinq ou six semaines. On la fit sécher, et immédiatement la tête se prit, par le sommet d'abord, puis par le front, les tempes, les deux points cérébraux où aboutissent les nerfs optiques, ce fut un supplice qui ne peut s'exprimer par aucun terme. J'avais comme de l'eau bouillante dans le cerveau, comme une plaque métallique à l'intérieur, partant du front et aboutissant derrière la tête; le plus léger bruit mettait cette plaque en vibration, le son même de ma voix me causait des douleurs horribles, j'entendais à chaque instant éclater comme des vibrations métalliques résultant de cordes touchées à l'intérieur du cerveau; j'avais au sommet du front, le long de la racine des cheveux, comme un cordon de nerfs formé de milliers de fibres qui se tendaient avec des sensations d'horribles souffrances. Je ne pouvais assembler deux pensées, encore moins deux chiffres. Il m'était impossible de parler ou d'entendre parler, le plus léger bruit me faisait tomber comme en syncope; ma sensibilité était devenue extrême, se traduisant sans cesse par des flots de larmes, et, avec mes facultés intactes, je sondais l'abîme

dans lequel j'étais tombée, il y résultait une douleur morale inénarrable.

La crise suraiguë dura trois mois : mai, juin, juillet. Dans la seconde quinzaine d'août, une sorte d'accalmie se fit sentir, mais avec des douleurs pourtant bien intolérables, se manifestant par accès plus ou moins rapprochés et plus ou moins violents. Dans ces accès, la voix se perdait, le cœur était pris, les yeux éprouvaient des sensations douloureuses intraduisibles; l'amélioration d'août à janvier fut si imperceptible qu'il me fallait remonter à plusieurs mois en arrière pour constater un léger petit progrès. Malheureusement, pendant cette période, j'eus beaucoup de préoccupations et de soucis, obligée que j'étais de diriger des réparations urgentes dans notre maison. L'hiver se passa dans l'isolement, le silence et la souffrance. Au mois de mai, je me sentis la force d'affronter le voyage de Paris.

Vous m'avez vue à partir de ce moment. Le traitement par l'électricité m'a soulagée sous bien des rapports. Il me semble qu'il m'a fortifié l'ossature du cerveau; depuis que je l'ai suivi, la pensée est plus nette, plus libre. Bien que je ne puisse encore supporter ni le bruit, ni la discussion, ni une conversation prolongée, je suis cependant plus forte pour aborder tout cela. Les crises sont moins longues, moins violentes surtout, et l'espèce d'araignée nerveuse qui étendait ses pattes sur mon cerveau n'existe presque plus; l'espèce de coulissage qui me serrait tout le tour de la tête a presque disparu aussi; mais les yeux semblent plus rebelles que jamais à toute lecture. Je suis aussi impuissante à écrire et toutes les fois que je me fatigue à écouter, à parler, à penser, la douleur du sommet de la tête tend à se réveiller, les plaques de brûlure des deux côtés du cerveau également. L'amélioration la plus sensible, à mon avis, consiste en ce que les hémorragies nasales ont considérablement diminué et que, à la suite des crises, elles ne se manifestent qu'en très petite quantité; je remue la tête plus facilement, je la penche même un peu, mais il m'est impossible de la baisser sans éprouver comme un déplacement d'organes à l'intérieur du cerveau, suivi de douleurs intolérables; enfin, je suis un peu plus courageuse à surmonter mes idées noires et les crises de larmes dont vous avez été plusieurs fois témoin ne se reproduisent plus (1).

On voit par cette observation, curieuse à plus d'un titre, comment a procédé l'amélioration, par gradations insensibles. Il n'existe, du reste, rien de sensationnel en électrothérapie. La persévérance est indispensable pour l'obtention de bons résultats.

J'ai modifié la nature métallique des peignes servant à la douche, les faisant construire en fer, en nickel, en aluminium,

(1) L'examen des yeux, fait par le Dr Galezowski, n'a révélé qu'un peu d'opacité de la cornée à gauche.

en argent. Cette *métallothérapie franklinienne*, ainsi que je l'ai appelée, peut avantageusement se combiner à l'action électrique, et je multiplie les faits afin de les pouvoir interpréter.

Comme maints autres neurasthéniques, ma malade à l'intéressante observation partit très améliorée avec la proscription absolue pour plusieurs mois de tout travail cérébral, et l'amélioration s'est plus accentuée encore depuis.

Le traitement franklinien, bain *négatif* et douche cérébro-statique *positive*, a suffi ; cette forme et ce sens du courant franklinien m'ont donné d'ailleurs les meilleurs résultats : la guérison souvent, l'amélioration toujours.

M. CHABBERT. — **Trois cas de chromidrose jaune chez trois membres d'une même famille (neurasthénie, hystérie).**

Les trois cas de chromidrose qui font l'objet de cette communication, entre autres particularités, présentent les suivantes : ils se sont manifestés chez trois membres d'une même famille ; dans le premier des cas, la sécrétion colorée a été le signe avant-coureur de phénomènes neurasthéniques ; chez le second, sujet hystérique, les crises convulsives qui ne s'étaient pas reproduites depuis plusieurs années ont reparu avec les troubles de la sécrétion cutanée ; enfin, chez le troisième, garçon dégénéré, la chromidrose a précédé de quelques semaines l'apparition des premiers accidents hystériques.

Obs. I. — P. J..., quarante-un ans, bonne santé habituelle. *Antécédents* : Fièvre typhoïde à douze ans ; a fait son service militaire ; conduite toujours régulière ; ni fumeur, ni buveur ; pas de syphilis ; s'est marié à vingt-sept ans.

Du côté des ascendants, le père, âgé de quatre-vingts ans, vieillard très robuste, a commis des excès alcooliques à l'époque où P... aurait été conçu. Mère, âgée de soixante-treize ans, petite santé, jamais malade, très émotive, ayant présenté dans sa jeunesse des crises convulsives à la moindre contrariété. Elle a eu quatre enfants, un garçon et trois filles ; de ces dernières, les deux plus âgées sont très nerveuses.

Au physique, P... est bien constitué ; musculature développée, sensibilité normale, tête bien conformée. Au point de vue psychique, P... est d'une intelligence peu ordinaire, surtout en ce qui concerne son commerce ; de condition très humble — son enfance s'est passée à garder les bestiaux — il est arrivé à une belle situation, non tant par le travail que

par le flair des affaires; livré à lui-même, il a acquis une instruction élémentaire très suffisante; il écrit, parle le français très correctement, tient sa comptabilité. Très impressionnable, il supporte assez bien la contrariété, qui chez lui se traduit par la rougeur de la face et par de la céphalalgie.

Histoire de la maladie. — En mai 1891, P..., qui l'hiver s'était beaucoup fatigué en voyages, éprouve une sensation de fatigue générale et transpire facilement; bientôt il s'aperçoit que les gilets de flanelle qu'il porte présentent, lorsqu'il les quitte, une coloration jaune, surtout prononcée sur les parties en contact avec le dos et la région antérieure de la poitrine. Tout d'abord, il ne prête aucune attention à cette particularité, l'attribuant à un vice de blanchissage; mais, avec les chaleurs, les sueurs deviennent plus fréquentes, les taches sont plus étendues et occupent parfois le plastron et le col de la chemise. Par contre, s'il ne transpire pas, ni gilets ni chemises ne sont maculés de jaune.

Fin juin, nous voyons le malade, qui nous montre comme spécimen de ses sueurs colorées des gilets de flanelle et des chemises de toile tachés de jaune dans les points précités. Par leur coloration, les taches rappellent la couleur de la chartreuse jaune; elles sont d'une teinte plus claire en ce qui concerne les chemises. En froissant fortement les tissus, il n'y a pas production de poussières, la couleur reste uniforme; examinées à la loupe, on n'observe pas de granulations moléculaires. Les parties du tégument en rapport avec les placards colorés n'offrent pas de coloration anormale; la peau est seulement un peu plus rosée, comme si en ces points la circulation était plus active; il n'y a pas cependant production de raie dermographique.

Quelques jours plus tard, le malade, selon notre recommandation, vient nous trouver le corps en transpiration. Nous constatons des gouttelettes de sueur colorée en jaune très abondantes, surtout au niveau de la partie moyenne du sternum et de la gouttière vertébrale entre les omoplates; mais la teinte jaune est sensiblement plus claire que celle relevée sur les tissus; épongeant ces régions et examinant à la loupe le tégument, on voit les gouttelettes sourdre des interstices cutanés à des intervalles régulièrement espacés, sans rapport de contiguïté avec les follicules pileux; leur coloration, imperceptible tout d'abord, devient manifeste, la gouttelette constituée; sur les autres régions du corps, notamment sur le front, aux lombes, la coloration fait défaut. Cet examen a été renouvelé plusieurs fois et toujours avec le même résultat. Les urines et les matières fécales n'ont offert rien de particulier quant à leur couleur.

Jusque dans les derniers jours de juillet, les sueurs colorées ont persisté sans immixtion d'autres phénomènes; mais, vers cette époque, P... se sent plus affaibli; il n'a pas d'appétit, les digestions sont laborieuses; après les repas, l'estomac se ballonne, il y a de la congestion de la face, la tête est lourde; au niveau des reins, le long de la colonne vertébrale, il ressent une douleur de tous les instants qui le « brûle »; les nuits sont mauvaises, coupées par des cauchemars; il accuse une sensation de vide

dans la tête, tout effort intellectuel est devenu impossible, c'est avec peine qu'il tient sa correspondance à jour.

Dans la seconde quinzaine de septembre, les troubles neurasthéniques ont rétrocédé en grande partie; il persiste seulement un sentiment de faiblesse générale et de paresse intellectuelle. Parallèlement, les sueurs colorées ont sensiblement diminué; quand elles se produisent, elles sont moins abondantes et siègent uniquement sur le sternum; en outre, leur coloration est moins intense.

D'octobre à juin 1892, le malade a été soumis à l'usage de l'huile de foie de morue et de l'arséniate de soude. Dès le mois de décembre, P... se considère comme guéri; il peut vaquer à ses occupations dans la plénitude de ses moyens et, si la transpiration s'établit, comme à la suite d'une longue course, il n'y a plus de sueur colorée. Cet état se maintient jusqu'au mois d'août, quand P..., après un surcroît d'occupations, voit de nouveau les sueurs se reproduire ainsi que la plupart des accidents neurasthéniques. Toutefois, cette seconde atteinte fut légère, car quelques mois plus tard (novembre 1892), le malade était complètement remis. Depuis lors, les accidents n'ont plus reparu.

Obs. II. — En juillet 1893, Mme P..., épouse de P..., accuse à son tour des sueurs colorées. Agée de quarante-un ans, elle est l'aînée de neuf enfants, dont six sont morts, trois en bas âge, de convulsions, trois de tuberculose pulmonaire; des deux sœurs qui lui restent, l'une âgée de vingt-cinq ans, d'humeur très inégale, est sujette à des crises de pleurs et de bâillements; l'autre, âgée de vingt-un ans, très irritable, par ses goûts, sa manière d'être, a les allures d'un garçon.

Du côté des ascendants, le père, âgé de soixante-huit ans, est d'une intelligence remarquable, mais querelleur, violent, vindicatif, pour qui tous les moyens sont bons; élevé dans un séminaire, il a été chassé à plusieurs reprises; plus tard, au moment de prendre la messe, il jeta le froc aux orties. Depuis longues années, habitudes d'intempérance, aurait fait un séjour de plusieurs mois dans un Asile d'aliénés, par « méchanceté », dit-il.

Au physique, Mme P... est une personne d'une taille au-dessous de la moyenne, chez laquelle on relève les particularités suivantes : front fuyant, oreilles mal ourlées avec lobule adhérent; dentition défectueuse, dents mal implantées, cariées; lèvres volumineuses; traits masculins; système pileux développé. Au point de vue psychique, Mme P... est une déséquilibrée; d'une intelligence très ordinaire, sans aucune instruction, elle a des prétentions à la poésie, à la littérature; a des idées mystiques prononcées, elle s'entretient avec la Sainte-Vierge, les saints; mère de nombreux enfants, elle néglige tous ses devoirs de famille pour ses pratiques religieuses, ce qui ne l'empêche pas d'être d'une coquetterie outrée et de recourir aux alcools, voire même de fumer la cigarette. Dans les antécédents, on relève une fièvre typhoïde et des crises de grande hystérie qui se sont manifestées quelques jours après son mariage, mariage de dépit. Très fréquentes au début, survenant à la

moindre contrariété, les crises plus tard devinrent plus rares et se transformèrent en crises d'assoupissement, qui disparurent à leur tour, le mari ayant fait abnégation de toute volonté à l'égard de sa femme.

Chez Mme P..., les sueurs colorées siègent principalement à la partie moyenne du sternum et au-dessous des seins; leur coloration est également d'un jaune chartreuse, mais d'une teinte plus claire que chez le mari; les gouttelettes, au moment de leur formation, se distinguent difficilement de celles des autres régions, néanmoins, au bout de quelques minutes, les linges qui en sont imprégnés présentent la couleur indiquée. En dehors de ce phénomène, Mme P... ne se plaint de rien, elle affirme que sa santé est excellente.

Le 10 août, c'est à dire trois semaines après le début de la chromidrose, Mme P..., pour un motif des plus futiles, un verre cassé, prend une forte colère; le soir même, crise violente d'hystérie; le lendemain nouvelle crise. A partir de ce moment et pendant une période de quinze jours, il est rare qu'un seul jour se passe sans que la crise convulsive ne se renouvelle ou ne soit représentée par quelque équivalent; tantôt c'est une douleur des plus vives de l'articulation coxo-fémorale, qui arrache des cris à la malade et l'oblige à garder le repos; tantôt une somnolence qu'elle ne peut vaincre et qui la force à rester des heures entières étendue, immobile, sur une méridienne.

Concurremment, les sueurs persistent, tout en s'atténuant; mais encore, comme chez le mari, ne se manifestent que tout autant que la transpiration survient, soit après un peu d'exercice, soit par une forte journée de chaleur; si, au contraire, la température s'abaisse, qu'il n'y ait pas de transpiration, les sueurs colorées ne se produisent pas.

Vers fin septembre, une amélioration notable est survenue; les accidents hystériques ne sont plus représentés que par des crises de bâillement ou d'étouffement, encore est-il nécessaire qu'il y ait quelque légère contrariété; quant aux sueurs, elles sont très rares, elles maculent à peine les linges. En novembre, Mme P... est complètement rétablie; depuis lors les accidents n'ont pas reparu.

Obs. III. — E. P..., âgé de douze ans, l'aîné de six enfants. Au physique, attributs de dégénérescence analogues à ceux relevés chez la mère; facies de lièvre. Au point de vue psychique, garçon intelligent, peu laborieux, orgueilleux, méchant et foncièrement égoïste. Dans les antécédents, convulsions en bas âge, rougeole, saignements de nez; aurait été conçu à l'époque où la mère était sujette à des crises fréquentes d'hystérie.

P... est élève interne dans une institution depuis 1892; il ne voit ses parents que trois fois l'an, au 1er janvier, à Pâques et aux grandes vacances; il emporte son linge de corps à la rentrée des classes et ce linge n'est plus lavé qu'à l'institution.

P..., dans la première quinzaine de juillet 1893, instruit ses parents qu'il se sent fatigué et que, lorsqu'il quitte ses chemises, elles sont colorées en jaune. La famille avise le directeur du pensionnat, qui répond

que l'enfant est bien portant; quant à son linge, ajoute-t-il, l'enfant n'est pas très soigneux de sa personne, aussi il est probable que les taches signalées sont occasionnées par les poussières.

Dans les premiers jours d'août, nous voyons l'enfant et, encore une fois, nous constatons un cas léger de chromidrose jaune, à sueurs localisées au pourtour du cou et sur la partie moyenne du sternum. En outre, l'examen révèle l'abolition du réflexe pharyngien et une légère diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit.

Le 24 août, P... va prendre un bain de piscine, la digestion peut-être non complètement terminée; il rentre, ne pouvant se tenir, se plaignant de la tête; réprimandé par le père pour être allé se baigner sans autorisation, quelques instants après, P... a une crise convulsive d'hystérie.

Fin septembre, nous revoyons le malade; la crise ne s'est pas reproduite, les sueurs ne colorent plus le linge, mais les stigmates persistent, et de plus, sous le sein droit, il existe une zone d'hyperesthésie au niveau de laquelle la pression détermine une sensation angoissante avec pâleur de la face.

Ces trois cas de chromidrose appellent quelques considérations. Survenant chez trois membres d'une même famille, ils pouvaient faire naître l'idée de contage; mais, de l'examen des faits, cette hypothèse doit être écartée. Chez l'enfant, il est vrai, les sueurs colorées sont survenues à la même époque où la mère présentait cette affection; mais, son éloignement de la famille, les conditions dans lesquelles s'effectuait le blanchissage de son linge de corps rendent peu admissible l'idée d'une contamination quelconque. D'autre part, l'enquête faite au moment où le jeune P... a offert les premiers signes de chromidrose a établi qu'il n'existait dans le pensionnat aucun autre élève atteint de cette affection.

Au point de vue du terrain pathologique sur lequel la chromidrose a évolué, ces trois cas confirment les données de Parrot, d'après lesquelles l'affection doit être rattachée à la « maladie hystérique ». La mère, en effet, est une grande hystérique et l'enfant a eu sa première crise convulsive quelques semaines après l'apparition des sueurs colorées; le père cependant fait exception, car il n'est porteur d'aucun stigmate; mais, par contre, il a offert un tableau assez complet des troubles neurasthéniques, qui se sont manifestés quelque temps après le début de la chromidrose. Cette dernière particularité, relevée également chez la mère et son enfant, tendrait à démontrer que les sueurs colorées, dans certains cas, constituent un

signe avant-coureur des accidents hystériques ou neurasthéniques.

Relativement aux questions de siège, de coloration, les sueurs ont été localisées à la région antérieure de la poitrine, au cou et à la partie postérieure du tronc, entre les omoplates — ce qui permet d'écarter toute idée de supercherie ou le désir pour le malade de se rendre intéressant — alors que d'habitude elles siègent à la face, aux mains; elles ont présenté une coloration jaune très prononcée, très nette, alors que de coutume leur couleur varie du noir au bleu indigo.

Notons encore que, dans les trois cas, l'examen des gouttelettes de sueur, au moment de leur formation, a permis de constater que le phénomène était sous la dépendance des glandes sudoripares; quant à son mécanisme intime, il y a lieu de convenir, avec M. Bouveret, que les névroses frappent aussi bien l'appareil nerveux de la sueur, comme elles frappent les appareils sensitif, moteur et vaso-moteur.

M. E. LAGRANGE. — **Un cas de chorée hystérique guéri par la solanine.**

Nous avons récemment observé un cas de chorée, de nature hystérique, dont les manifestations, identiques à celles que l'on rencontre dans la chorée vulgaire, ont été très rapidement guéries par l'emploi de la solanine.

Au mois de novembre 1894, nous recevons à l'Asile, comme pensionnaire, sur les instances de sa famille et malgré qu'elle ne soit pas aliénée, une dame de cinquante-quatre ans dont voici l'histoire : Mme X..., qui habitait autrefois à Paris, n'a d'autre antécédent héréditaire que celui-ci : son père était un peu asthmatique. Personnellement, elle a toujours joui d'une excellente santé jusqu'en 1887, à part un tremblement généralisé qui se manifesta à l'âge de vingt-huit ans, après un chagrin violent et qui dura une quinzaine de jours; à cette époque (1887), commencement de la ménopause et troubles de la sensibilité générale; en 1889, dyspepsie persistant encore en 1891 et venant se compliquer de sensations nerveuses variées telles que des agitations intérieures. Sur les conseils d'un médecin, elle entre à la maison Dubois, où elle est soignée par l'hydrothérapie et dont elle sort améliorée après un mois de séjour. Cependant, elle ne tarde pas à être reprise par des troubles nerveux : elle éprouve la sensation d'une boule qui lui monte à la gorge et l'étouffe, et du tremblement qui se localise dans les jambes,

au point d'entraver la marche. M. Charcot examine alors la malade à deux reprises, porte le diagnostic d'hystérie et prescrit de la teinture de mars, de la teinture de valériane et l'hydrothérapie.

En novembre 1891 surviennent des palpitations, le tremblement musculaire s'accentue et est accompagné de spasmes de la respiration, survenant comme une bouffée de chaleur. Ces symptômes physiques sont suivis d'accès de tristesse, car depuis bientôt trois ans la malade ne peut plus s'occuper de rien.

Au 24 juin 1892, Mme X... prend la résolution de venir habiter Poitiers, où elle se loge dans un faubourg très aéré et très salubre. Toutefois les troubles musculaires ne s'amendent pas, mais varient et consistent alors en propulsions irrésistibles, mouvements giratoires et arrêts subits pendant la marche. Un an après son arrivée à Poitiers et après quelques périodes de calme relatif, les règles apparaissent pour la dernière fois et, à ce moment, Mme X... perçoit un goût excessivement désagréable et persistant, puis remplacé par de l'hyperesthésie et de nouveaux troubles moteurs dans les jambes; elle fait des chutes fréquentes; de plus, elle est frappée de mutisme intermittent et souvent obligée d'écrire pour demander ce qui lui est nécessaire; elle a des crises douloureuses dans l'estomac, qui lui font pousser des cris aigus et la parole devient saccadée.

Le 26 novembre 1894, Mme X..., qui vient d'entrer à l'Asile, a des secousses musculaires généralisées, qui ne sont pas rythmiques et ne reproduisent jamais des actes de la vie habituelle, comme ceux qui sont indiqués dans la description de Charcot. Ces secousses augmentent bientôt de jour en jour, de temps à autre, mais paraissent céder à la suite de moyens variés : hydrothérapie, opium, belladone, chloral, bromure de potassium, surtout après l'usage de l'antipyrine, pour reprendre quelques jours ensuite avec une intensité nouvelle; non seulement les jambes et les bras sont sous leur dépendance, mais la tête elle-même est agitée pendant de longs intervalles d'un mouvement de latéralité très rapide, qui épuise la malade et fatigue même l'œil de ceux qui l'observent. Veut-on lui faire tenir un verre plein d'eau, par exemple, en lui indiquant de le porter à sa bouche, elle exécute des mouvements désordonnés, contradictoires, d'une amplitude extrême et qui dépassent le but; même pendant la nuit, étant couchée, elle n'est pas préservée de ces agitations musculaires qui la fatiguent horriblement et dont la continuité finit par réagir péniblement sur le moral, jusqu'ici résistant.

9 mars 1895 : Voici donc trois mois et demi que cette dame est en traitement à l'Asile et, bien que la nature hystérique de sa maladie soit évidente, nous ne pouvons nous empêcher de craindre une chorée chronique, en nous rappelant cette vieille hystérique de Charcot, à l'autopsie de laquelle on trouva une sclérose des cordons latéraux. C'est alors que nous songeâmes à utiliser la solanine, que nous avions déjà employée par la méthode hypodermique comme analgésique, et qui, entre les mains de MM. Grasset et Sarda, notamment, a donné des résultats remarquables chez des malades atteints de troubles musculai-

res, que le Dr Firope considère comme un modérateur réflexe d'une vertu indiscutable, sans recourir, toutefois, aux doses quotidiennes de 20 et 30 centigrammes, administrées par ces médecins éminents. Mme X... prit, en effet, 5 granules par jour de 2 centigrammes chacun et, au bout de cinq jours, une diminution notable dans le nombre et l'intensité des secousses musculaires fut évidente; enfin, elles cédèrent complètement après dix jours de l'emploi de la solanine, continué malgré tout pendant dix autres jours. Avec leur disparition, la gaîté reparut et la digestion aussi redevint bien meilleure.

La malade, sortie de l'Asile le 31 mars 1895, est toujours restée dans un état des plus satisfaisants jusqu'au 31 juillet 1895, jour où je l'ai vue pour la dernière fois.

Nous devons retenir de cette observation: que la chorée hystérique peut affecter les allures de la chorée vulgaire; que les troubles moteurs qui la constituent ne sont pas toujours sous la dépendance de l'état mental, comme l'ont dit quelques observateurs, notamment Arndt, puisque notre malade est un exemple du contraire; enfin, que la guérison de ces troubles moteurs peut être obtenue par l'emploi d'un médicament dont l'usage n'est probablement pas assez répandu.

M. R. CHARON. — Du traitement de l'épilepsie par l'opium et le bromure (méthode de Flechsig).

Le traitement récemment préconisé par M. le professeur Flechsig ne semble pas avoir été appliqué par un grand nombre de médecins français, si l'on en juge par les revues de neuropathologie, qui ne rapportent sur cette méthode que quelques communications étrangères; c'est ce qui nous engage à rassembler les observations qu'il nous a été donné de faire sur une série d'épileptiques, soumises en 1894 au traitement opio-bromuré.

Les indications données par l'auteur de cette méthode ont été exactement suivies: administration d'extrait d'opium à doses progressivement croissantes, depuis 5 centigrammes jusqu'à 1gr05 pendant six semaines, suppression brusque de l'opium, remplacé pendant deux mois par le bromure de potassium à la dose de 7 grammes, puis à doses décroissantes jusqu'à 2 grammes pendant deux autres mois.

Les dix malades, dont suivent les observations résumées,

étaient toutes jeunes ou d'âge moyen, bien portantes et exemptes de lésions organiques; toutes avaient des attaques convulsives depuis plusieurs années, plusieurs depuis l'enfance, d'autres depuis la puberté; une seule avait manifesté des attaques complètes depuis quelques mois seulement. Chez toutes ces malades, les troubles psychiques étaient contemporains ou postérieurs aux premières manifestations épileptiques, toutes s'occupaient et étaient perfectibles; il y avait donc lieu d'espérer obtenir chez elles, en même temps qu'une diminution des manifestations épileptiques, une amélioration de l'état mental.

Pendant plus d'une année, nos malades ont été soumises à une observation toute spéciale, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental, le traitement opiacé a été surveillé d'une façon particulière; nos malades étaient examinées chaque jour et pesées tous les deux jours; quelques précautions élémentaires ont suffi pour éviter tout accident grave, et nous n'avons dû, dans aucun cas, interrompre la médication.

Une de ces malades, dont nous avons cru devoir donner l'observation plus détaillée, a succombé quelques mois après la cessation du traitement. C'était une femme très nerveuse, émotive, épileptique tardive, dont les accès, après une diminution notable, reparurent aussi fréquents qu'auparavant. L'autopsie a montré qu'elle avait succombé à une véritable asphyxie, à la suite d'une série d'attaques. Il n'a été constaté aucune lésion organique qui permette de supposer que le traitement opiacé ait été pour quelque chose dans ce résultat malheureux.

Obs. I. — Bil... Jos..., vingt-quatre ans, célibataire. Entrée à l'Asile le 1er août 1887.

Imbécillité. Éducation nulle. Impulsions homicides et incendiaires. Épilepsie depuis l'âge de sept ans. Asymétrie faciale et crânienne. Voûte palatine en dôme profond. Aucun antécédent névropathique chez les ascendants et collatéraux. Père ivrogne.

État avant le traitement opio-bromuré. — État mental : Facultés intellectuelles très affaiblies. Impulsions violentes. Perversion morale et instinctive. Longues périodes d'agitation, avec de courts intervalles de calme relatif, pendant lesquels la malade s'occupe un peu et se montre facile à diriger.

État physique : Très robuste. Fonctions régulières.

État pendant le traitement. — Aucun trouble physique à signaler pendant l'administration de l'opium à doses progressives, si ce n'est quelques vomissements le jour de la suppression brusque. A été très irritable et violente pendant cette période. Augmentation du poids: 4 kilos.

Pendant l'administration du bromure, diminution considérable des crises convulsives. Diminution du poids, 2k500. L'état physique et les fonctions restent très satisfaisants. Reste irritable, inactive et difficile à diriger.

TABLEAU DE L'OBSERVATION I (1).

PÉRIODES	NOMBRE D'ATTAQUES	TRAITEMENT
Janvier 1894, 1re quinzaine......	40 à 45	»
— — 2e quinzaine......	50 à 55	»
Février — 1re quinzaine......	25 à 30	»
— — 2e quinzaine......	20 à 25	»
Mars — 1re quinzaine......	5	»
— — 2e quinzaine......	5	»
Avril — 1re quinzaine......	25	»
— — 2e quinzaine......	5 à 10	Début du traitement: opium.
Mai — 1re quinzaine......	5 à 10	»
— — 2e quinzaine......	5 à 10	»
Juin — 1re quinzaine......	20	Cessation de l'opium, bromure, 6 gr.
— — 2e quinzaine......	40	»
Juillet — 1re quinzaine......	0	»
— — 2e quinzaine......	0 à 5	»
Août — 1re quinzaine......	0 à 5	Bromure, 4 grammes.
— — 2e quinzaine......	0 à 5	»
Septembre 1re quinzaine......	0 à 5	»
— — 2e quinzaine......	5	Bromure, 3 grammes.
Octobre — 1re quinzaine......	35	Cessation du traitement.
— — 2e quinzaine......	150	»
Novembre 1re quinzaine......	40	»
— — 2e quinzaine......	15 à 20	»
Décembre 1re quinzaine......	35	»
— — 2e quinzaine......	25	»
Janvier 1895, 1re quinzaine......	25 à 30	»
— — 2e quinzaine......	50 à 55	»

État après le traitement. — État mental: Les facultés intellectuelles sont affaiblies et tombées à un degré sensiblement inférieur à celui qui a été noté avant le traitement, mais la malade est beaucoup plus facile.

(1) Chacune des dix observations de ce travail était accompagnée d'un graphique des crises convulsives. Nous avons simplement reproduit sous forme de tableau numérique les graphiques de l'observation I et de l'observation X, les plus détaillées. Les autres graphiques présentaient une physionomie et des indications analogues.

Elle s'occupe assez régulièrement, les impulsions sont plus rares et moins violentes.

État physique: Très bon. Les attaques convulsives sont redevenues très nombreuses.

Obs. II. — Mich... M..., vingt-six ans, célibataire. Entrée à l'Asile le 3 novembre 1886.

Débilité mentale avec épilepsie. Sait lire, écrire et coudre. Voûte palatine profonde. Asymétrie crânienne. Mère rhumatisante. Père bien portant, sobre. Pas d'hérédité vésanique ni névropathique. Fièvre cérébrale (?) à douze ans. Première attaque convulsive à seize ans, au moment des premières règles. Obnubilation intellectuelle post-épileptique.

État avant le traitement opio-bromuré. — État mental : Débilité mentale. Caractère instable. Sentiments affectifs développés. Facile à diriger. S'occupe régulièrement. Fonds mélancolique.

État physique : Satisfaisant. A eu quelques crises néphrétiques, suivies d'émissions d'urines sableuses; quelques coliques hépatiques avec ictère léger.

État pendant le traitement. — Pendant l'administration de l'opium, torpeur et besoins fréquents et irrésistibles de sommeil avec céphalalgie. Continue cependant à travailler. A la suppression de l'opium, vomissements, diarrhée, crampes pendant vingt-quatre heures. Augmentation du poids, 1 kilo.

Pendant l'administration du bromure, diminution considérable des attaques convulsives. Diminution du poids, 2 kilos. État physique bon. Continue à s'occuper. Disparition des idées mélancoliques.

État après le traitement. — État mental : Les facultés intellectuelles sont affaiblies, particulièrement la mémoire; le caractère est plus irritable. La malade n'est pas violente, mais beaucoup moins facile à diriger. Pendant quelques mois, le nombre et l'intensité des attaques sont redevenus ce qu'ils étaient antérieurement. Aujourd'hui (près d'un an après) les attaques sont beaucoup plus fréquentes qu'elles n'ont jamais été et sont suivies de périodes d'obnubilation assez longues de l'intelligence.

Obs. III. — Lech... Jos..., trente-quatre ans. Entrée à l'Asile le 24 décembre 1881.

Débilité mentale avec épilepsie datant de plusieurs années. Sait lire, écrire. S'occupe à des travaux de couture. Les accès convulsifs sont suivis de périodes plus ou moins longues de dépression mélancolique. Antécédents inconnus.

État avant le traitement. — État mental : Facultés intellectuelles affaiblies. Périodes fréquentes de dépression mélancolique avec anxiété. *Tædium vitæ.* Inaptitude au travail.

État physique : Bon. Fonctions régulières.

État pendant le traitement. — Avec le début de l'administration de

l'opium apparaît de la surdité à droite d'abord, puis à gauche. Bourdonnements continuels. État de malaise général le jour de la suppression brusque de l'opium. Pas d'autres accidents. Diminution du poids, 2 kilos.

Pendant le traitement bromuré, diminution considérable des accès convulsifs. La surdité persiste, mais moins accentuée. État physique bon. Augmentation du poids, 1 kilo.

L'état des facultés intellectuelles n'est pas sensiblement modifié. La malade s'occupe régulièrement, mais reste constamment un peu déprimée. Facile à diriger.

État après le traitement. — État mental : Les facultés intellectuelles continuent à s'affaiblir d'une façon progressive. Les attaques sont redevenues aussi fréquentes qu'avant le traitement et sont suivies de périodes de dépression mélancolique plus accentuée, pendant lesquelles la malade est violente et difficile à diriger.

État physique : Il reste bon. La surdité persiste plus accentuée à droite.

Obs. IV. — Dol... Jul..., vingt-huit ans. Entrée à l'Asile le 3 novembre 1886.

Débilité mentale. Manifestations épileptiques anciennes et quotidiennes. Sait lire et écrire. Hémiparesie et hémiatrophie à droite (paralysie infantile, convulsions à l'âge de seize mois). Premier accès convulsif à quatorze ans. S'occupe. Facile à diriger. Hérédité : Mère migraineuse. Père sobre, bien portant. Un frère et une sœur aînés ont eu des convulsions. Trois frères plus jeunes sont bien portants.

État avant le traitement. — État mental : Très docile et affectueuse, cette malade s'occupe régulièrement. Les attaques quotidiennes ne sont suivies d'aucun trouble intellectuel. Aussitôt relevée, la malade accuse une légère céphalalgie et se remet à son travail.

État physique : Très bon. Fonctions régulières.

État pendant le traitement. — L'opium est très bien supporté et ne cause aucune modification de l'état physique et intellectuel. A la suppression, quelques symptômes nauséeux seulement. Augmentation du poids, 500 grammes.

Le bromure produit une diminution considérable du nombre des attaques convulsives. L'état physique reste satisfaisant. Diminution du poids, 2^k500.

État après le traitement. — Les facultés intellectuelles se sont affaiblies d'une façon très notable. La mémoire et l'initiative sont amoindries. Le caractère est devenu très susceptible.

L'état physique reste bon. Les attaques se manifestent aujourd'hui par séries (de dix en dix jours à peu près), sauf une quinzaine, pendant laquelle la malade a eu plus de trois cents attaques. Le total mensuel est à peu près le même qu'avant le traitement.

Obs. V. — Bert... M..., quarante-deux ans. Entrée à l'Asile le 13 juillet 1876 (vingt-quatre ans).

Débilité mentale. Épilepsie depuis l'enfance. Violente depuis quelques mois. Idées de suicide. Sait lire, écrire et travailler à la couture. Pas d'hérédité connue. Signes de dégénérescence. Asymétrie crânienne. Région frontale très peu développée. Voûte palatine large et plate.

État avant le traitement. — État mental : Est généralement facile à diriger et s'occupe. Les facultés s'affaiblissent progressivement. Les accès convulsifs sont suivis d'incohérence des actes et des idées et d'impulsions violentes.

État physique : Très bon.

État pendant le traitement. — Aucun incident ni aucune modification de l'état physique pendant l'administration de l'opium. Aucune modification du poids. Aucun trouble à la suppression.

Sous l'influence du bromure, diminution très considérable des attaques. Suppression absolue pendant deux mois. Pas de modification de l'état mental. Diminution du poids, 2 kilos.

État après le traitement. — L'intelligence et la mémoire s'affaiblissent progressivement. La malade est difficile à diriger, moins active. Les attaques épileptiques, plus nombreuses qu'avant le traitement, sont suivies de périodes pendant lesquelles la malade est inconsciente, impulsive et très violente.

Obs. VI. — Delal... Ang..., quinze ans. (Entrée le 25 octobre 1892 (treize ans).

Débilité mentale. La mère a éprouvé des émotions violentes pendant sa grossesse. Accouchement normal. L'enfant était débile, son corps était mou comme une éponge. Elle aurait eu des convulsions quelques jours après sa naissance, qui auraient continué à se manifester nuit et jour jusqu'à l'âge de trois ans. A partir de cet âge, accès convulsifs d'abord espacés, puis augmentant progressivement jusqu'à quinze à vingt par mois au moment de l'admission. Nanisme. Strabisme. Asymétrie crânienne. Fond mélancolique. *Tædium vitæ.* Sait lire et écrire. Pas d'hérédité névropathique. Père décédé à trente-huit ans. Affection cardiaque. Mère robuste. Quatre autres enfants bien portants. Une sœur est morte à treize ans à la suite d'une frayeur, d'une affection indéterminée; elle est restée pendant huit jours « raide comme une barre de fer ».

État avant le traitement. — État mental : Dépression mélancolique avec inertie physique. Facultés intellectuelles obnubilées. Onanisme. Tendance à l'isolement. Une tentative de suicide. A été réglée il y a six mois pour la première fois. Depuis cette époque, les accès d'épilepsie sont plus fréquents et par séries très violents. Santé bonne. Fonctions régulières.

État pendant le traitement. — L'opium est bien supporté. Troubles gastro-intestinaux très légers au moment de la suppression. Diminution du poids, 1 kilo.

Le bromure n'apporte aucune modification dans le nombre ni la violence des attaques épileptiques, qui continuent à se manifester par

séries, avec des intervalles atteignant jusqu'à huit jours. Légère amélioration de l'état mental. Est corrigée de ses habitudes d'onanisme. Augmentation du poids, 1 kilo.

État après le traitement. — Les attaques épileptiques sont plus nombreuses et plus violentes qu'avant le traitement. Elles continuent à se produire par séries et sont suivies de dépression mélancolique et d'obnubilation intellectuelle. Dans les intervalles, l'état mental est amélioré. Le fond mélancolique est beaucoup moins accentué. La malade est plus alerte, plus gaie. S'occupe régulièrement.

État physique : Bon. Fonctions régulières.

Obs. VII. — Bro... Math..., quinze ans. Entrée le 31 mai 1893.

Débilité mentale. Dépravation morale et affective. Kleptomanie. Exhibitionnisme. Attaques épileptiques depuis plusieurs années; d'abord très rares et ayant augmenté jusqu'à devenir presque quotidiennes. Sait lire et écrire. Pas d'hérédité connue. Asymétrie crânienne. Voûte profonde, étroite. Strabisme.

État avant le traitement. — Le même qu'au moment de l'admission. Attaques quotidiennes. S'occupe parfois un peu, mais reste difficile à diriger.

État physique : Assez bon. N'est pas encore réglée.

État pendant le traitement. — Pendant l'administration de l'opium, qui est bien supporté, apparition des règles pour la première fois. Pas de modification de l'état mental, ni dans les manifestations épileptiques. Augmentation du poids, 500 grammes. Aucune réaction au moment de la suppression. Avec le bromure, suppression des attaques pendant un mois, puis réapparition progressive des attaques.

État physique : Bon. Augmentation du poids, $1^{k}500$.

État après le traitement. — Aggravation progressive de l'état noté plus haut. Attaques plus fréquentes et plus violentes. Facultés intellectuelles affaiblies. Onanisme incorrigible. Perversion morale plus accentuée. Cette malade est inaccessible à tout moyen d'éducation. Elle a même perdu la crainte purement animale du châtiment. Très difficile à diriger.

Obs. VIII. — Ba... Ros..., dix-huit ans. Entrée à l'Asile le 21 juillet 1893.

Imbécillité. Éducation nulle. Attaques épileptiques quotidiennes depuis plusieurs années. Onanisme. Difficile à diriger. Enfant naturelle. Signes multiples de dégénérescence physique. Hérédité : Père maladif. Mère ivrogne. Quatre frères et sœurs bien portants. Voûte palatine profonde, ogivale, asymétrique. Première attaque vers l'âge de douze ans.

État avant le traitement. — Ne s'est pas modifié depuis l'admission. Semble inaccessible au traitement éducateur. Perversité des instincts, des sentiments. Attaques quotidiennes violentes suivies d'agitation et d'impulsions violentes.

État physique : Bon. Fonctions régulières.

État pendant le traitement. — Aucune modification dans l'état mental ni dans les manifestations épileptiques. Diminution du poids pendant le traitement opiacé, 500 grammes. Pas d'accidents à la suppression de l'opium.

Aucune modification dans le nombre ni dans la nature des attaques épileptiques. Diminution du poids, 500 grammes.

État après le traitement. — Au double point de vue physique et mental, l'état de B... est plus grave qu'avant le traitement. Augmentation notable des attaques. Affaiblissement progressif de l'appareil moteur et de l'intelligence. Très difficile à diriger. Impulsive violente.

Obs. IX. — Delf... Ang..., vingt-quatre ans. Entrée à l'Asile le 9 février 1893.

Débilité mentale. Sait lire et s'occupe à des travaux de couture. Attaques épileptiques remontant à plusieurs années, d'abord très rares, puis plus fréquentes (cinq à dix par mois) et suivies de périodes d'inconscience avec impulsions violentes. Enfant naturelle. Pas d'hérédité connue. Asymétrie crânienne. Voûte ogivale profonde. Eczéma chronique. Première attaque vers l'âge de dix ans.

État avant le traitement. — S'occupe régulièrement et se montre facile à diriger. Attaques toujours nocturnes, violentes, suivies d'obnubilation intellectuelle.

État physique : Bon. Fonctions régulières.

État pendant le traitement. — Pendant le traitement opiacé, quelques troubles de l'appareil digestif. Congestion du cerveau, sans phénomènes graves. Pas d'accidents à la suppression. Augmentation du poids, 1 kilo. Pas de modifications de l'état mental.

Pendant le traitement bromuré, diminution peu considérable du nombre des accès. Cette diminution n'est guère appréciable que pendant le premier mois. État physique reste bon. Diminution du poids, 2^k^500. Les attaques sont toujours nocturnes.

État après le traitement. — Même état physique. Les attaques sont aussi fréquentes qu'avant le traitement, toujours nocturnes, mais fréquemment suivies d'un état d'excitation assez violent. Les facultés intellectuelles, particulièrement la mémoire, sont notablement affaiblies.

Obs. X. — Reb... Al..., âgée de quarante-un ans. Entrée à l'Asile le 22 mars 1893.

État mélancolique (avec tendances au suicide, impulsions violentes) consécutif à une névrose épileptique.

État avant le traitement. — Cette malade n'aurait été atteinte d'aucune affection grave, ni maladies infectieuses, ni convulsions. Réglée à douze ans et toujours régulièrement, elle s'est mariée à vingt ans et a eu quatre enfants, actuellement vivants et bien portants, dont l'aîné a vingt ans, le dernier neuf ans. Couches normales. Il est impossible d'obtenir aucun renseignement utile sur les antécédents héréditaires, nous ne pouvons savoir qu'une chose, c'est que ses parents sont

morts jeunes (cause inconnue) et qu'elle a eu un frère qui était bien portant, mais dont elle n'a pas entendu parler depuis de longues années.

R... aurait commencé à avoir des vertiges, il y a environ dix ans, à l'époque de sa dernière grossesse. A cette époque remonte le début d'une suite de revers de fortune qui ont peu à peu transformé une situation très aisée en indigence. Les vertiges augmentaient peu à peu en fréquence, quand il y a environ huit mois, R... perd son mari (affection de poitrine?); c'est alors que se serait manifestée la première attaque complète d'épilepsie. Pendant les premiers mois, une attaque par semaine en moyenne. La situation de R... et de sa famille devient de plus en plus précaire, son humeur s'en ressent, elle se montre triste, sombre, très chagrine. Sa santé physique s'altére de son côté, les attaques deviennent plus nombreuses, surtout la nuit et à l'occasion des règles.

A son entrée, on note: Obnubilation intellectuelle, perte de la mémoire. Émotivité. État physique altéré. Fond mélancolique. *Tædium vitæ.* Signes physiques nombreux de dégénérescence. Sous l'influence d'un traitement reconstituant, l'état physique se restaure; R... est calme, s'occupe régulièrement, se montre facile à diriger. Émotivité persistante. Caractère épileptique. Les attaques violentes, surtout nocturnes, présentent tous les signes de l'épilepsie vraie. Pendant le jour, vertiges. Les manifestations convulsives, avant le traitement, atteignent une moyenne de deux par jour.

État physique: Bon. Fonctions régulières.

La malade reste émotive, réticente, mais l'état mélancolique est moins accentué et les facultés intellectuelles sont plus nettes. S'occupe régulièrement.

État pendant le traitement. — Pendant la deuxième semaine du traitement opiacé (20 à 40 centigrammes d'extrait d'opium), on note: assoupissement continuel, sensation de courbature, sommeil lourd avec réveil difficile. On doit tenir la malade en éveil pendant le jour et la forcer à se promener. Les troubles cessent bientôt pour ne plus reparaître. Aucun trouble gastro-intestinal. L'état physique reste bon. Diminution du poids, 1 kilo.

Aucun changement dans l'état mental.

Aucun accident à noter au moment de la suppression de l'opium.

Deux jours après cette suppression, vomissements bilieux. Coliques. Diarrhée. Crampes. Caractère difficile, refuse ses médicaments. Subexcitation. Mouvement fébrile. Céphalalgie. Ces troubles physiques et psychiques disparaissent complètement au bout de trois ou quatre jours. Retour à l'état signalé plus haut.

Sous l'influence du bromure, l'état mental reste ce qu'il était immédiatement avant le début du traitement.

État physique: Bon. Fonctions régulières. Augmentation du poids, 1^{k}500.

Diminution considérable des attaques épileptiques.

TABLEAU DE L'OBSERVATION X.

PÉRIODES	NOMBRE D'ATTAQUES	TRAITEMENT
Janvier 1894, 1re quinzaine......	30	»
— — 2e quinzaine......	35	»
Février — 1re quinzaine......	25 à 30	»
— — 2e quinzaine......	25 à 30	»
Mars — 1re quinzaine......	20 à 25	»
— — 2e quinzaine......	25	»
Avril — 1re quinzaine......	25 à 30	»
— — 2e quinzaine......	20 à 25	Début du traitement : opium.
Mai — 1re quinzaine......	10	»
— — 2e quinzaine......	10 à 15	»
Juin — 1re quinzaine......	20	Cessation de l'opium, Bromure, 6 gr.
— — 2e quinzaine......	0 à 5	»
Juillet — 1re quinzaine......	0 à 5	»
— — 2e quinzaine......	0 à 5	Bromure, 4 grammes.
Août — 1re quinzaine......	15 à 20	»
— — 2e quinzaine......	15	Bromure, 3 grammes.
Septembre 1re quinzaine......	25 à 30	»
— — 2e quinzaine......	30 à 35	Cessation du traitement.
Octobre — 1re quinzaine......	25 à 30	»
— — 2e quinzaine......	25 à 30	»
Novembre 1re quinzaine......	25 à 30	»
— — 2e quinzaine......	25 à 30	»
Décembre 1re quinzaine......	25 à 30	»
— — 2e quinzaine......	63	»

État après le traitement. — L'état mental reste le même. Les attaques épileptiques se manifestent peu à peu avec leur ancienne fréquence et leurs mêmes particularités. Attaques complétes pendant la nuit, vertiges pendant le jour (moyenne : deux accès par jour). Le 16 décembre, sans modification appréciable de l'état général, R... a trente-six attaques violentes dans la journée. Les jours suivants, quatre à huit attaques par jour. État de prostration persistant. Pouls petit, irrégulier. Le 23, après trois attaques successives et très violentes, la malade reste cyanosée et succombe en état d'asphyxie.

Autopsie trente heures après la mort : Rigidité cadavérique complète. Teinte violacée de la peau. Ecchymoses nombreuses, les unes anciennes, d'autres récentes provenant des chutes pendant les attaques.

Cuir chevelu et crâne d'épaisseur et de consistance normales.

Dure-mère mince et injectée, sans adhérences aux os.

Pie-mère non adhérente. Engorgement considérable du système veineux périphérique, surtout à gauche, dans les régions rolandique et frontale.

Les sinus de la base sont gorgés de sang noir coagulé.

Poids de l'encéphale, 1,320 grammes. Cerveau, 1,170 (hémisphère gauche, 595; hémisphère droit, 575).

La topographie, la consistance cérébrale ne présentent rien de particulier.

Les coupes permettent de constater un piqueté hémorragique très fin de la substance blanche, pas de dilatation ventriculaire, aucune lésion apparente ni localisée, ni généralisée de la substance cérébrale.

Bulbe congestionné : coupes normales. Cervelet congestionné.

Poumons très congestionnés. Épanchement pleural. Pas d'adhérences.

Artères souples. Aucune trace d'athérome.

Cœur de volume normal rempli de caillots sanguins qui se prolongent dans les gros vaisseaux. Ventricule droit dilaté, rempli d'un seul caillot très volumineux, recouvert d'un enduit lardacé assez épais.

Le foie, les reins, la rate sont le siège de congestion intense.

Rien à signaler du côté du tube digestif ni des organes génito-urinaires.

Nous ne pensons pas que, dans le cas de R..., on puisse trouver une relation de cause à effet entre le traitement de Flechsig et l'aggravation des manifestations épileptiques. L'absence de toute lésion organique, ancienne ou récente constatée à l'autopsie, les symptômes cliniques et les constatations *post mortem* permettent de reconnaître comme cause unique du décès un arrêt de l'hématose dû à une action réflexe sur le centre respiratoire.

Pour obtenir un terme de comparaison, nous avons choisi parmi des malades présentant les mêmes conditions (au point de vue de l'âge, de l'état physique et mental) que celles dont les observations viennent d'être données, deux séries de six malades chacune. Ces douze malades ont été soumises, concurremment avec les premières, au traitement bromuré *seulement*, en commençant par la dose massive de 7 grammes par jour. Pour six d'entre elles, nous avons suivi les indications de Flechsig : 7 grammes pendant deux mois, puis doses décroissantes jusqu'à 2 grammes. Durée du traitement : quatre mois environ. Les six autres malades ont été soumises pendant six mois à la dose massive de 7 grammes par jour, puis à des doses décroissantes.

L'histoire de ces malades avant, pendant et après le traitement, donne lieu aux remarques suivantes :

a. D'une façon générale, les modifications observées ont été les mêmes (qualité et quantité) dans nos deux séries de six malades, ce qui semble indiquer qu'il n'y a pas avantage à continuer au delà de deux mois l'administration du bromure à

doses massives. Ce médicament deviendrait inactif assez rapidement par suite d'accoutumance de l'organisme.

b. L'amélioration qualitative et quantitative produite par le bromure *seul* dans les manifestations convulsives est à peu près *moitié* moins considérable que celle produite par le traitement opio-bromuré.

c. Les modifications de l'état mental ont été inappréciables.

d. Dans tous les cas, quelques mois après la cessation du traitement, les manifestations convulsives étaient redevenues telles qu'elles étaient antérieurement.

Les conclusions qui découlent des observations précédentes sont à peu près conformes à celles données par le Dr J. Collins (*Medical Record*, 22 sept. 1894) :

1° Le traitement de Flechsig est facilement supporté par les épileptiques aliénés. Il ne donne lieu à aucun trouble grave, à la condition de surveiller étroitement les malades et de prendre quelques précautions élémentaires pour régulariser les fonctions digestives et favoriser l'élimination.

2° Sous l'influence de ce traitement, il se produit, dans la plupart des cas, une rémission dans les accès épileptiques de plus ou moins longue durée et allant souvent jusqu'à la cessation complète pendant quelques semaines.

3° Cette rémission porte à la fois sur la gravité et la fréquence des accès. Elle est d'environ 50 % plus considérable que celle produite par les traitements bromurés simples, appliqués dans les cas analogues.

4° Ce traitement est surtout profitable aux adultes, dans les cas graves et anciens.

5° Il s'est montré inefficace chez les sujets jeunes, particulièrement chez des jeunes filles parvenues à l'époque de la puberté.

6° L'amélioration ne s'est maintenue dans aucun cas. Trois mois après la cessation du traitement, toutes nos malades étaient retombées dans leur état antérieur. (Cette constatation est beaucoup moins satisfaisante que celle qui a été faite par le Dr Collins, qui a vu chez ses malades l'amélioration se maintenir pendant plus d'une année. Cet auteur, il est vrai, ne parle pas d'état mental et il est vraisemblable que ses observations portent seulement sur des cas d'épilepsie simple.)

7° L'état mental n'a été amélioré que dans deux cas, où des idées mélancoliques consécutives aux troubles convulsifs ont disparu en même temps que se manifestait la rémission des accès.

M.J . ROUBINOVITCH. — Démence juvénile avec athétose double.

Les observations relatives à l'athétose sont encore peu nombreuses. Depuis le travail du neuropathologue américain Hammond, qui a donné en 1871 à cette forme convulsive spéciale une place déterminée parmi les autres troubles moteurs, des cas intéressants ont été publiés en Angleterre par Gowers; en France par Oulmont, Charcot, Proust, Landouzy, Grasset, Brousse, Bourneville, Richardière, Bloch, Brissaud et Hallion; en Allemagne par Bernhardt, Zeube, Berger, Guanck, Ewald, Goldstein, Beyer, Kurella; en Russie par Greidenberg, Konovaloffs, Simonovitch, Blumenan.

Vingt-quatre ans nous séparent de la première communication de Hammond, et le nombre total des observations publiées atteint à peine deux cents. Peut-être voit-on décrire moins souvent l'athétose parce qu'on la confond fréquemment avec la chorée, à laquelle elle ressemble un peu, en effet.

D'ailleurs, dans la plupart des observations, il s'agit de l'hémiathétose, consécutive généralement à une hémiplégie.

L'athétose double, plus rare, se développe de préférence d'une façon primitive; jusqu'à présent, on l'observe principalement chez les idiots et les imbéciles. MM. Bourneville et Pilhet ont publié deux exemples très frappants. Dans l'observation qui suit, l'athétose double s'est manifestée chez un individu atteint de démence précoce à l'âge de quatorze ans.

Observation. — Il s'agit d'un jeune homme, A..., âgé actuellement de vingt-cinq ans, originaire de Levallois-Perret (Seine).

Voici d'abord quelques renseignements relatifs à l'hérédité :

Sur la ligne paternelle, le grand-père est mort à soixante-dix-huit ans au cours d'une hémiplégie avec aphasie; le père est mort subitement à cinquante-six ans; c'était un débauché, un alcoolique, qui a été traité pour un accès de délire hypocondriaque.

Sur la ligne maternelle, la grand'mère, morte à quatre-vingt-deux

ans d'une congestion cérébrale, souffrait pendant toute sa vie de migraines. Plusieurs grands-oncles sont morts de congestion cérébrale.

Notre malade est né à terme. A sept mois, la mère a été émotionnée par un accès de délire de son mari, un débauché et un alcoolique comme nous venons de le dire. Élevé au sein par une nourrice, sevré à quatorze mois, il a parlé et marché de bonne heure, mais dès les premières années de sa vie semblait timide et sauvage. Il a appris très facilement à lire et à écrire. A l'âge de neuf ans, il contracte la scarlatine et consécutivement une affection cardiaque. Vers la même époque, il s'adonne à l'onanisme. Il paraissait très intelligent et donnait des espérances à ses professeurs du collège Chaptal.

A quatorze ans, sans cause apparente, ses facultés intellectuelles faiblissent; il devient, comme dit sa mère, « indolent », oublie tout ce qu'il a appris à l'école. En même temps, on note des mouvements des doigts des deux mains, des épaules et des muscles de la face. Sa physionomie, d'intelligente qu'elle était, devient petit à petit niaise, avec une expression béate et stupide.

Depuis l'âge de quatorze ans, l'époque du début de son affection, jusqu'à présent, son état n'a fait que s'affirmer et s'accentuer. Actuellement, au point de vue psychique, il présente un affaiblissement notable de la mémoire. Le brillant élève du collège Chaptal d'autrefois déclare aujourd'hui que deux fois six font trente-six; de plus, au mois de juin il croit être en avril. Il n'a pas de conceptions délirantes. Il est indifférent à tout et il n'a aucune conscience de sa situation.

Physiquement, il se présente, ainsi que ses photographies vous le démontrent, avec une musculature assez bien développée. La tête est plutôt forte. La région occipitale est aplatie. Les bosses pariétales sont moyennement prononcées. Le front est large, grand, ce qu'on appelle un beau front. Les arcades sourcilières sont saillantes. Voici quelques mesures prises sur le crâne et qui montrent qu'à ce point de vue A... ne présente rien de bien particulier.

Circonférence horizontale................	0m560
Circonférence d'une oreille à l'autre par le vertex..............................	0m260
Diamètre occipito-nasal..................	0m185
Diamètre bipariétal......................	0m155
Diamètre bitemporal......................	0m122

Les oreilles sont très bien ourlées. La force est symétrique aux rares moments de repos. Il n'existe pas d'hémiplégie faciale. La langue n'est pas déviée. Pas de proéminence d'un des os malaires. Le menton est régulier. Dents au complet et dans un parfait état. Voûte palatine profonde, légèrement ogivale.

L'attitude du corps est inclinée; il existe un certain degré de scoliose par attitude vicieuse prolongée. Pas d'atrophies musculaires, mais la force dans les mains est minime; en effet, le dynamomètre marque: à droite, 13; à gauche, 10. Dans les doigts des deux mains, on constate

des mouvements continuels, involontaires, excessivement lents, qui consistent en extension, flexion, abduction et adduction poussées, en général, à des limites extrêmes.

Ces mouvements se passent le plus souvent dans tous les doigts, mais tandis que certains de ces doigts exécutent des mouvements de flexion, d'autres sont en extension. Ces mouvements changent continuellement de forme; il y a pourtant des moments où la main garde certains mouvements assez longtemps pour qu'on puisse les photographier. Sous l'influence d'une émotion, ces mouvements des doigts s'exagèrent, deviennent plus fréquents; malgré toute la volonté du sujet de les arrêter ou de les modifier, ils continuent. J'ai cru remarquer qu'en serrant fortement les doigts en extension, on arrive souvent à diminuer les mouvements d'une main. Les poignets participent par moments aux mouvements des doigts; là, encore, on observe tantôt la flexion, tantôt l'extension.

Le malade ferme souvent la main en poing, mais il éprouve une difficulté assez notable d'étendre ensuite les doigts. Quand il veut saisir un objet quelconque, par exemple, une cuillère pour manger, il commence par plier le petit doigt et l'annulaire; ensuite, avec de grands efforts, il saisit le manche de la cuillère avec l'indicateur et le pouce, et la soulève lentement. Quelquefois, avant de saisir la cuillère, les quatre derniers doigts se mettent en extension forcée, puis empoignent le manche de la cuillère pendant que le pouce se met en extension. A ce moment les muscles de la face ne restent pas inactifs : des rides profondes se forment tantôt à droite, tantôt à gauche du front, le sourcil gauche ou le sourcil droit se relève; de même, le pli naso-labial s'accentue d'un côté ou de l'autre, ainsi que le montre très nettement une des photographies que voici. Pas de mouvements au niveau des orteils.

Quand A... marche, on constate que cet acte s'accomplit difficilement : son tronc est courbé, la tête inclinée et le corps dans son ensemble est comme tortillé; en même temps, il exécute continuellement des mouvements avec des muscles de la face et les mains.

Quand le malade est debout, il conserve la même attitude. Il est incapable de se tenir sur un seul pied, même les yeux ouverts; à plusieurs reprises il essaie, mais sans pouvoir y parvenir. La faiblesse constatée aux bras existe également aux membres inférieurs.

Assis, il se tient penché sur ses cuisses. Dans cette attitude, il lui est impossible de mettre une jambe sur l'autre; une fois que nous l'aidons à y parvenir, il éprouve une certaine difficulté à remettre la jambe dans sa première situation. On dirait que les muscles se trouvent figés dans la position qu'on leur donne. Pendant le sommeil, les mouvements cessent, mais le malade garde souvent des attitudes athétosiques des mains et des doigts. Le sens musculaire est conservé. La sensibilité cutanée est altérée sur toute la surface du corps : à la piqûre, pas de réaction ou réaction très faible; au contact des doigts, la sensibilité paraît conservée; les objets froids (comme un verre rempli d'eau glacée) sont ressentis sur toute la surface du corps comme une sensation de

chaleur (perversion de la sensibilité thermique pour le froid); pour les objets chauds, sensibilité émoussée.

La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût semblent bien conservés. Les réflexes accommodateurs et lumineux sont normaux. Pas d'inégalité pupillaire. Pas de strabisme, pas de nystagmus. La parole est normale; toutefois il est assez difficile de causer avec lui; sa voix est nasonnée, gutturale; avant de parler, il hésite, fait des efforts très grands. La parole s'accompagne souvent de sifflements, résultat sans doute des contractions violentes de la langue, qui éprouve quelques difficultés à se mettre en train, mais l'articulation est nette. Pendant qu'il parle, ses lèvres se contractent, ont des contorsions, les muscles de la face et du front jouent d'une façon bizarre, ainsi que le montre une des photographies que je vous présente. Pas de tremblement de la langue ni des lèvres.

Les réflexes rotuliens sont conservés; les réflexes cutanés sont modérément et également prononcés des deux côtés du corps.

Tel est le cas. Au point de vue mental, le diagnostic de « démence juvénile » nous semble assez indiqué. On pourrait songer à la paralysie générale juvénile, mais bien des symptômes importants manquent: pas de signes oculaires, pas d'embarras de la parole et, comme d'autre part, l'affection a commencé à l'âge de quatorze ans et que le malade en a actuellement vingt-cinq, nous nous demandons si, dans l'espace de onze ans, une véritable paralysie générale ne se serait pas déjà manifestée par des symptômes plus décisifs. Toutefois, nous croyons prudent de faire toutes les réserves jusqu'au moment où il sera permis d'examiner les choses de plus près.

Quant aux phénomènes moteurs que nous venons de décrire chez A..., leur ensemble est tellement caractéristique, que le diagnostic de l'athétose double ne me semble pas douteux. En effet, nous ne croyons pas qu'on puisse considérer ces mouvements comme étant de la chorée vulgaire : dans cette dernière affection, les troubles moteurs sont d'abord limités à un côté du corps, il y a des mouvements brusques de la tête, des flexions et extensions également brusques des membres, en un mot, tous les mouvements de la chorée sont essentiellement brusques et étendus, tandis que les troubles moteurs de notre malade se caractérisent avant tout par leur lenteur et par leur localisation bien précise au niveau des doigts ou au niveau de certains muscles de la face, ce sont des mouvements, non seulement lents, mais circonscrits.

Les mouvements décrits chez A... ne pourront pas non plus être confondus avec la chorée rythmée, liée d'ordinaire à l'hystérie et dont les mouvements se reproduisent avec une très grande régularité, imitant certains actes professionnels.

Remarquons, en passant, qu'outre l'athétose, le malade présente de temps à autre des tics, des contractions *brusques* du frontal, figurant un mouvement coordonné qu'on exécute quand on veut attirer l'attention de quelqu'un. La face offre ainsi chez A... deux espèces de troubles moteurs : l'athétose avec ses contractions excessivement *lentes*, incoordonnées et le tic avec ses contractions coordonnées et *très rapides*.

Mais ce qui constitue, en somme, la particularité de notre cas, c'est l'apparition de l'athétose double tout à fait au début d'une affection démentielle chez un enfant de quatorze ans.

C'est ce fait que nous avons cru intéressant de rapporter au Congrès.

M. BRANDEIS. — Un cas d'athétose double débutant chez l'adulte.

La malade qui fait l'objet de cette observation est une femme de trente-deux ans, ayant exercé la profession de femme de chambre en Espagne.

Son père, épileptique, est mort il y a quatre ans, à l'âge de soixante-six ans, d'une affection pulmonaire aiguë. Sa mère est vivante, âgée de cinquante-sept ans, mais a toujours été très nerveuse.

La malade a eu deux frères, qu'elle a peu connus et qui sont morts en bas âge d'affections cérébrales. Les antécédents personnels de cette femme n'offrent rien de particulier jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, en 1882, époque de son mariage. Son mari lui communique alors la syphilis, dont elle mentionne à notre interrogatoire les accidents secondaires (alopécie, manifestations cutanées), mais elle n'a suivi aucun traitement spécifique. Elle reste sans avoir de grossesse jusqu'à l'âge de vingt-un ans. Elle a alors deux avortements, l'un à quatre mois, en 1884; l'autre à six mois, en juin 1886. Ce dernier accident lui cause une vive contrariété, et c'est au

choc moral dû à cette déception que sa mère, présente à l'interrogatoire, rattache le début de la maladie.

A cette époque, en effet, apparaissent chez notre malade des convulsions musculaires du visage, au sujet desquelles elle consulte son médecin. On lui ordonne un traitement bromuré et des enveloppements dans le drap mouillé; mais elle n'en retire aucun bénéfice, puisque, en 1882, deux ans environ après l'apparition des phénomènes convulsifs de la face, ses doigts, ses mains et ses poignets sont à leur tour et successivement envahis.

Enfin, en 1891, au moment de la mort de son père, les membres inférieurs sont aussi atteints, et c'est au mois de janvier 1895 que nous voyons pour la première fois la malade et que nous remarquons chez elle les symptômes suivants :

La face et les membres supérieurs sont surtout atteints. La face présente des contractions musculaires donnant les jeux de physionomie les plus variés et les plus incohérents, comme si la malade avait à cœur de susciter le rire par ses grimaces. C'est ainsi que ces convulsions musculaires expriment tour à tour l'hilarité, la tristesse, l'ahurissement, l'hébétude, le mépris, le dégoût.

Un nystagmus à oscillations lentes et irrégulières donne au visage une expression de méfiance.

Toute cette mimique se déroule sans que ses phases se présentent jamais dans un ordre déterminé; de sorte que chaque convulsion est inattendue.

La langue est animée de mouvements d'avant en arrière notables et de mouvements de latéralité moins accentués. Il n'y a pas d'hypertrophie. L'élocution est lente, paisible, pâteuse. Les dentales surtout sont difficilement prononcées, comme si la langue accrochée en avant par les arcades dentaires ne pouvait s'en détacher qu'avec un effort.

Le cou est agité d'un mouvement lent de rotation évoquant l'idée de signes de dénégation. Du côté des membres supérieurs, on relate des mouvements de flexion, d'extension et de latéralité des doigts. Ceux de flexion et d'extension sont surtout prononcés.

Le poignet est agité aussi des mêmes mouvements, mais sans propagation ni à l'avant-bras ni au bras.

Tous ces mouvements s'exécutent lentement et sans rythme appréciable.

Des déformations phalango-phalanginiennes rappellent celles du rhumatisme noueux. Les articles métacarpo-phalangiens offrent une laxité anormale, permettant à l'extrémité du doigt médius en flexion d'atteindre presque le pli du poignet.

A cette convulsion permanente des doigts et des poignets se joint un manque d'habileté dans les mouvements volontaires.

Les doigts sont raides, inhabiles, maladroits, comme contracturés.

La main ne peut être conduite vers un objet sans que les mouvements d'agitation n'augmentent d'intensité et que les convulsions musculaires de la face et du cou ne s'accroissent notablement en pareil cas.

Les membres inférieurs ne présentent qu'une agitation légère des doigts, suivant la flexion et l'extension, et quelques mouvements de latéralité peu marqués dans l'articulation tibio-tarsienne. La jambe et la cuisse ne participent pas à ces mouvements convulsifs.

La marche s'effectue assez convenablement, excepté lorsque la malade se sent observée; alors, elle appuie l'une contre l'autre ses cuisses comme pour subvenir à l'équilibre compromis par l'exagération des mouvements des pieds.

Ajoutons que ces diverses convulsions musculaires cessent la nuit pendant le sommeil et que, d'une façon générale, elles semblent revêtir dans la moitié droite du corps une intensité plus grande que dans la moitié gauche. On ne trouve rien à signaler au sujet de la sensibilité générale.

Les réflexes sont bien conservés et nous ne notons rien non plus du côté des appareils respiratoire, circulatoire et digestif.

Il nous est impossible d'étudier le champ visuel, cette recherche étant entravée par le nystagmus et l'exagération des mouvements convulsifs que cause cette tentative.

Quant aux fonctions intellectuelles de notre sujet, elles ne semblent pas avoir été fâcheusement influencées par l'évolution de la maladie.

Cette femme est illettrée. Tout porte à croire que sa cul-

ture intellectuelle a toujours été des plus bornées et que cette infériorité ne s'est pas affirmée davantage au cours de l'affection.

Sa mère fait sans doute remonter les premiers phénomènes convulsifs au chagrin que cause à sa fille un espoir de grossesse trompé par un avortement, mais il semble permis de refuser à notre sujet un sentiment aussi affiné.

Sans vouloir faire une oiseuse distinction, il importe, si l'on veut rattacher à un ictus quelconque le début de la maladie, de l'attribuer à la banale frayeur d'un avortement plutôt qu'à un chagrin de maternité déçue. Ce sentiment cadre mal, en effet, avec l'insouciance de cette femme, qui ne déplore nullement son infécondité et qui surtout reste huit années sans s'inquiéter des chances de curabilité de son affection.

Quant aux causes qui peuvent être incriminées comme déterminantes dans le développement de l'athétose chez cette femme, elles sont nombreuses.

L'épilepsie paternelle, le nervosisme maternel lui constituent de lourdes hérédités.

Si nous mentionnons comme hérédités collatérales la mort suspecte de ses deux frères, et comme antécédents personnels la syphilis, nous aurons, semble-t-il, comme explication un fait au moins à invoquer.

Mais cette confiance se change en indécision quand nous voyons échouer nos tentatives d'hypnotisation et quand le traitement spécifique de la syphilis reste sans résultat.

Il nous est donc impossible de tirer une conclusion et nous nous bornons à constater l'existence de l'athétose sans en pouvoir rattacher la genèse à aucun de ces facteurs si nombreux, qui peuvent être invoqués, mais que leur multiplicité même rend si embarrassants.

V

TRAITEMENT

M. P. DELMAS. — De l'intervention médicale en hydrothérapie dans son application aux maladies nerveuses.

J'aurais hésité beaucoup à aborder ce sujet si j'avais dû le faire devant tout autre auditoire. Mais en m'adressant à vous, il me semble soumettre cette note à des collègues familiers avec cette thérapeutique.

Sans nul doute, beaucoup d'entre vous en connaissent les difficultés. Aussi ai-je moins pour but de traiter le sujet que de vous faire part de mon observation personnelle.

Basée sur une Clinique hospitalière, elle me donne l'espoir de rencontrer en vous un auditoire bienveillant.

Une confusion a régné et règne trop encore dans bien des esprits sur la thérapeutique par l'eau *simple,* froide, chaude ou tempérée.

Pour les uns, l'hydrothérapie, consistant dans l'emploi d'un agent inoffensif en lui-même et pouvant se formuler au besoin en de simples lotions ou bains, ne saurait mériter grande attention, encore moins nécessiter un dosage précis.

Pour d'autres, son emploi étant le plus souvent, à leurs yeux du moins, un simple adjuvant, le premier venu serait apte à l'appliquer et même à interpréter un conseil, parfois réduit à une indication verbale, ou, s'il est écrit, manquant des points essentiels.

Qu'une telle pratique se trouve défendable et même motivée lorsqu'il s'agit de soins hygiéniques à l'état de santé, elle ne saurait se justifier comme thérapeutique sérieuse.

Mais, dans ce dernier cas, une distinction doit être faite. L'affection est anodine, le sujet en excellent état moral et physique, ou bien, tout au contraire, on a affaire à un malade grave en raison de son état, de son caractère plus ou moins pusillanime ou de son degré de résistance organique.

Inutile d'ajouter que s'il n'a jamais usé de l'eau froide,

ce malade *sérieux* peut être un problème à résoudre. En effet, vouloir bien préjuger à l'avance la manière dont il tolérera le *choc frigorifique* n'est pas toujours possible.

Après avoir fait la part à l'imprévu, les plus expérimentés éprouvent des mécomptes chez les malades jugés, *a priori*, les plus aptes en apparence à se familiariser rapidement avec l'impression du froid.

Quant à fixer au préalable le degré de *résistance organique*, c'est à dire, tout à la fois l'action réflexe *primitive* et celle, *secondaire*, désignée sous le nom de *réaction*, il n'y faut guère songer.

L'expérience seule en donnera la mesure et auparavant la sagacité du médecin en aura la présomption. D'elles et de l'état de maladie découlera la formule *initiale* à prescrire, et les suivantes seront la mise au point des premiers effets obtenus et analysés.

Ces considérations nous amènent naturellement à poser la question, but de ce travail : Qui, en dehors du médecin, serait-il bien apte à appliquer un pareil traitement et surtout à le mener à bonne fin dans les maladies *nerveuses*, où une impressionnabilité souvent excessive est toujours la caractéristique dominante?

Est-ce un simple baigneur livré à son inspiration, je ne dirai pas à son caprice, bien que, maintes fois dans la pratique, on se trouve dans la nécessité de protéger le patient contre les préjugés de subalternes trop enclins à s'ériger eux-mêmes en médecins, de les défendre contre la mauvaise humeur de serviteurs trop intéressés, ou bien encore de s'opposer à ses propres exagérations? D'accord avec des employés trop complaisants, le malade méconnaît les prescriptions les plus sévères ou les mieux ordonnées.

Déjà, par sa présence seule, par ses ordres et sa bonne direction, le médecin imposera à tous obéissance et respect.

Mais pour maintenir un pareil ordre et assurer la sauvegarde du malade, une condition essentielle s'impose, c'est la remise en ses mains de ce dernier. C'est un leurre décevant de croire que se borner à l'envoyer dans un établissement, les indications thérapeutiques données seront toujours bien remplies, surtout lorsqu'il s'agit d'affections graves et nerveuses.

Autant vaudrait confier à un empirique une préparation officinale délicate, un massage difficile ou une électrisation laborieuse à doser ou à localiser.

On ne saurait trop insister sur le rapprochement à faire entre ces diverses médications. Toutes sont en quelque sorte des *opérations médicales* exigeant du coup d'œil et du tact, alliés à la bonne connaissance de ces méthodes.

Comme dernier argument, nous ne saurions passer sous silence le fait si démonstratif fourni par l'histoire comparée de la gymnastique médicale en France et à l'étranger. Si florissante dans les pays du Nord, où les médecins la dirigent ou l'appliquent souvent eux-mêmes, si dédaignée et délaissée naguère encore par le médecin dans notre pays, où les empiriques restent seuls, sans guides ni soutiens, à la pratiquer.

Hâtons-nous d'ajouter que nous semblons aujourd'hui vouloir sortir de notre torpeur; je n'ose dire de notre ignorance!

Ce dernier exemple de l'influence prépondérante du médecin dans l'essor et le bon renom de certaines thérapeutiques est si probant que nous ne saurions plus insister sur ce point, à savoir :

Le médecin doit avoir en main la direction permanente et journalière des médications ayant recours aux agents physiques : chaleur, froid, électricité, énergie, mouvements.

Seul, il en dirige les effets en connaissance de cause, car seul il est bien apte à les proportionner au degré de résistance morale ou physique du sujet et surtout à son affection nerveuse.

Si son intervention directe est chose des plus faciles et acceptée aisément pour le massage, la gymnastique et l'électricité, elle l'est moins pour l'hydrothérapie. Et le praticien décidé à conseiller, nous ne dirons pas à imposer son intervention, doit avoir pour appui le médecin du malade. Rarement alors celui-ci fait des objections, ou, s'il en fait, il est aisément convaincu lui-même dès qu'une circonstance fortuite l'amène à être soigné par un subalterne.

Mais dans une pareille thèse à soutenir, il ne suffit pas d'arguments généraux.

Il y a longtemps déjà, nous avons fait des expériences sur l'action du froid et de la chaleur sur l'organisme. Elles ont

démontré combien le *choc frigorifique* était à la fois instantané et puissant sur la tension artérielle et sur la vitesse des mouvements du cœur.

Sous l'influence de ce choc, la tension artérielle est subitement portée à son maximum, tandis que les battements du cœur sont précipités. Quant à la température du corps, elle ne fléchit pas ou peu, ou elle s'élève même d'un ou deux dixièmes de degré pendant cette application.

Celle-ci terminée, la tension artérielle s'abaisse lentement, le rythme du cœur descend au-dessous de la normale et la température *initiale* du corps subit les plus singulières vicissitudes.

Si le sujet en expérience est soigneusement enveloppé et maintenu immobile aussitôt après la douche, la température *interne* se maintient au même point pendant qu'un sentiment de fraîcheur, sinon de froid, persiste encore. Frictionne-t-on le patient, s'habille-t-il, se livre-t-il à la marche, à la course même, au fur et à mesure sa température s'abaisse *au-dessous de la normale* et il accuse en même temps à la périphérie du corps une chaleur de plus en plus vive.

Il faut souvent pousser l'exercice fort loin, pendant une heure et deux heures même, pour que la température du corps remonte à son point initial, tandis que le sentiment de la chaleur persiste encore à un degré variable.

Ce phénomène complexe et des plus paradoxaux en apparence est appelé *réaction,* mot répondant mal à l'idée qu'il évoque. Soumet-on le sujet au préalable à la chaleur, les premiers phénomènes physiologiques s'accusent successivement dans le même ordre, mais à un degré plus intense.

Il est facile de conclure de ces expériences, que l'on ne saurait sans imprudence confier au premier venu ou sans une surveillance sérieuse sur un personnel bien exercé, l'application d'un agent capable de produire de tels effets.

Mais l'objection se présente naturellement à l'esprit.

Aujourd'hui, vulgarisée dans toutes les classes de la société, appliquée dans les établissements les plus élémentaires et dans bien des hôpitaux, soumise à une surveillance médiocre, l'hydrothérapie est rarement suivie d'accidents très sérieux.

Cela est très vrai. Mais par contre, ses insuccès sont loin

d'être rares quand elle est défectueuse dans son application. Nous nous croyons donc autorisé à affirmer qu'en raison des effets physiologiques si énergiques du froid et de la chaleur sur l'organisme, son application doit être réservée au médecin lui-même, surtout lorsqu'il s'agit de malades atteints d'affections nerveuses.

Il est d'autres raisons à invoquer en faveur de cette manière de procéder.

Elles se tirent à la fois et de son mode général d'administration et de la qualité principale de sa clinique, reposant sur les maladies de l'élément nerveux.

Personne n'ignore que, sauf des indications toutes particulières, la qualité maîtresse de cette thérapeutique est d'être énergique et rapide tout à la fois.

On compte par secondes la durée d'une douche; rarement par minutes.

L'effet varie beaucoup pour une même température suivant le malade et des variations de deux à trois degrés à peine dans la température de la douche en changent l'action et la sensation. Les autres effets, dus à la pression, à l'appareil et à sa localisation, sont de même à considérer.

Que de phénomènes réflexes d'origine thermique à développer en pareil cas!

Mais en raison de la *brièveté* de la douche, il faut savoir en saisir l'impression *fugitive* et l'indication parfois inattendue; aussi pendant son application peut-il être nécessaire de modifier la prescription établie *a priori*.

Ce serait une grave erreur de croire qu'il est indifférent de débuter ou de maintenir telle ou telle température ou de considérer comme quantité négligeable les variations de quelques degrés.

Jamais les expressions : *froid, tempéré, chaud*, n'ont été plus vagues qu'en thérapeutique. En pareil cas, tout est *relatif* et subordonné à la saison, au temps, au sujet, voire même à ses dispositions journalières. Ce fait est d'une expérience si banale, qu'il est inutile d'insister et il nous suffira d'en tirer le précepte suivant :

Au médecin seul, le soin de tirer un parti méthodique de ces indications précieuses, mais si fugitives et soudaines, qu'il

faut son expérience et des appareils bien maniables pour les remplir aussitôt, c'est à dire *en temps opportun.*

Un pareil conseil ne saurait être d'application rigoureuse et constante dans la généralité des cas, mais il s'impose particulièrement dans le traitement des maladies nerveuses pour bien d'autres motifs.

Il suffit de réfléchir un seul instant à l'influence morale que le médecin acquiert sur un nerveux pour comprendre tout le parti à tirer d'une médication énergique, maniée par lui-même.

Nous devons à la remarquable École de la Salpêtrière toute une médication morale qu'un mot résume bien : *la suggestion.* Son regretté chef et ses dignes successeurs nous ont fait connaître les secrets de cette action, unique dans son essence et si multiple dans ses effets et dans ses applications.

Que de médicaments et de thérapeutiques même lui doivent leur meilleure action dans les maladies nerveuses!

Il suffit donc de réfléchir pour comprendre tout le parti à tirer de cette action *morale,* secondée de l'intervention directe du médecin, pour expliquer ses bons effets.

Là ne se bornent pas les avantages de cette intervention médicale. Aucun malade ne présente à un pareil degré que le *nerveux,* en général, des dispositions *journalières* variables et mobiles à l'excès, dont le médecin doit tenir le plus grand compte sous peine d'user bien vite son influence et celle de la médication.

Dans la pratique, comment y parvenir sans une perte de temps considérable si le traitement n'est pas suivi et appliqué par le médecin lui-même?

Que de fois, en pareil cas, un mot d'encouragement relève le caractère, raffermit un courage hésitant ou atténue des obsessions déprimantes. La douche prise, le malade rassuré, la transformation est soudaine et la confiance suit de près ces défaillances dangereuses pour la régularité du traitement, régularité si indispensable pour en assurer le succès.

Mais une objection sérieuse se présente. Dans les services hydrothérapiques et électrothérapiques hospitaliers, il n'est pas matériellement possible au médecin de soigner lui-même tous les malades. Souvent même, il ne s'occupe que d'un très petit nombre.

Le fait est certain. Ainsi se passent les choses dans ces services auxiliaires à Bordeaux.

Le temps fait matériellement défaut pour mieux faire dans un de ces services, par exemple, où il se donne par an plus de 40,000 séances hydrothérapiques.

De toute nécessité, il a fallu dresser soigneusement un personnel, toujours le même, très rarement remplacé et bien limiter son action, en simplifiant les formules et en les précisant pour éviter toute interprétation fantaisiste.

Dans quelques rares cas, le médecin intervenant lui-même, le personnel voit mettre en pratique sous ses yeux ces mêmes prescriptions et l'interrogatoire fréquent du malade protège ceux-ci contre les fautes de service.

Si, en procédant ainsi, on a la satisfaction d'obtenir de bons résultats dans les maladies des divers appareils, on ne saurait se dissimuler qu'il n'en est pas toujours de même lorsque l'affection appartient à l'élément nerveux et accuse ces formes mal définies, dans lesquelles l'état mental joue un rôle plus ou moins prépondérant. Les nuances à observer en pareil cas faisant défaut et de même le traitement moral journalier, le soulagement ou la guérison sont plus difficiles et surtout bien plus longs à obtenir.

Notre conclusion générale sera donc la suivante :

En hydrothérapie, la direction doit être toujours médicale. Son application est faite avec tout avantage par le médecin lui-même. Mais ce dernier précepte ne saurait avoir rien d'absolu, sauf pourtant dans la thérapeutique des affections nerveuses, dans lesquelles le traitement moral vient ajouter son action à celle d'une prescription journalière soigneusement dosée.

M. VERRIER. — **De l'aquapuncture et d'un procédé de rééducation des muscles dans l'incoordination motrice des membres supérieurs.**

Avant de vous parler de la technique de l'aquapuncture, permettez-moi de vous faire part d'un nouveau et facile procédé de guérison de l'incoordination motrice des membres

supérieurs, que l'ataxie dépende d'un tabes, d'un pseudo-tabes ou de toute autre cause.

Déjà Leyden et Frankel, de Heiden (Suisse), ont établi le traitement de l'ataxie des membres inférieurs aujourd'hui connu; depuis peu, Frankel a étendu ses procédés de gymnastique médicale à l'ataxie des membres supérieurs dont l'incoordination prive plus les malades dans leurs relations sociales que la privation de la marche dans l'ataxie des membres inférieurs.

M. Frankel, qui exerce dans un *sanatorium* spécial, a tous ses malades sous la main; il a fait construire à leur usage une série d'instruments compliqués et assez coûteux, dont l'usage demande pour le médecin lui-même un certain apprentissage.

Je parlerai donc ici pour les médecins des campagnes, pour ceux qui, dans les villes, ont une clientèle peu fortunée qu'ils ne peuvent adresser dans des établissements spéciaux.

Pour ceux-là, les plus nombreux, je simplifierai les instruments, je les supprimerai même pour m'en tenir aux jeux ordinaires que l'on est habitué à rencontrer partout.

Ainsi, après avoir rééduqué les bras comme Frankel et d'après une technique analogue à celle employée pour les membres inférieurs, je procède pour les mains avec deux balles à jouer.

Le malade lance la première perpendiculairement en hauteur à trente centimètres environ et la reçoit de la même main, ce qui le force à étendre et à fermer sa main alternativement, puis j'augmente la hauteur du jet; ensuite je fais répéter le même exercice de l'autre main. Enfin, le malade sous le commandement du praticien, fera décrire à sa balle, lancée de la main droite, une courbe de manière à ce qu'il puisse la recevoir de la main gauche, en même temps qu'il en lancera une autre de la main gauche pour être reçue dans la main droite.

Chaque séance, comme les suivantes, ne devra pas dépasser une dizaine de minutes, avec un repos d'une à deux minutes dans l'intervalle. Ces séances devront être répétées deux à trois fois par jour, sans jamais aller jusqu'à la fatigue.

Au bout d'une semaine ou deux au plus, le malade aura

récupéré le mouvement de la paume des mains et on pourra aborder ensuite la rééducation des doigts.

Pour cela, je conseille d'abord le jeu de l'*Alma*, dont le damier porte des trous de la grosseur du doigt dans lesquels on doit introduire des billes de la grosseur des billes à jouer pour les enfants.

En numérotant le fond de chaque trou, on fera d'abord introduire les doigts du malade dans chacun des trous numérotés et au commandement; on passera ensuite aux billes que le malade devra saisir entre le pouce et l'indicateur de chaque main, et ainsi de suite pour les autres doigts.

Lorsque le médecin jugera le moment venu, il fera compléter l'exercice en jouant lui-même avec le malade, ce qui ajoutera un exercice cérébral à la gymnastique purement musculaire des doigts.

Je crois qu'il y a là un bon moyen d'empêcher l'envahissement du cerveau par le processus initial de l'ataxie, en raison de l'adage *locus minoris resistentiæ.*

Du jeu de l'*Alma*, le praticien continuera le traitement par le jeu de *solitaire*, qui comporte sur le damier des trous beaucoup plus petits et, au lieu de billes, de petites fiches à tête qu'il sera beaucoup plus difficile pour le malade de saisir et de placer dans les trous.

Enfin, les différentes combinaisons du jeu compléteront et la rééducation des doigts et du cerveau, si tant est qu'il y ait là une lésion quelconque.

Parmi les appareils employés par Frankel et dus à son initiative, il en est un que je trouve excellent, il consiste en un châssis auquel sont suspendues des balles de plomb de grosseurs et de couleurs différentes *(fig. 1)*. Le médecin exerce le malade à attraper ces balles à différentes distances de leur course, et cela toujours au commandement. Néanmoins je préfère encore à cet exercice celui, beaucoup plus simple et plus efficace, du modeste jeu d'*osselets* que l'on peut se procurer dans les campagnes les plus reculées, puisqu'il s'agit de réunir cinq osselets de mouton, que l'on rencontre dans le gigot et dont les règles du jeu sont connues de tous les enfants.

Rien n'est plus propre à exercer tout à la fois et la main, et

les doigts, et l'œil lui-même, sans en fatiguer les muscles moteurs, comme le jeu d'osselets.

On peut affirmer que, quand le malade sera arrivé à jouer passablement aux osselets, il aura récupéré la faculté d'écrire, de jouer des instruments à cordes ou à vent, s'il en a su jouer précédemment. Il sera guéri, en un mot, non pas de sa maladie générale, mais du symptôme contre lequel nous avons institué ce traitement.

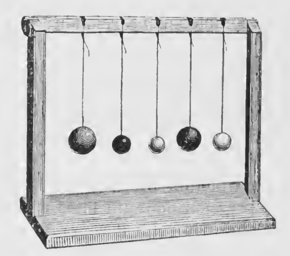


FIG. 1.

Pourtant, il faudra pour cela pas mal de temps et beaucoup de patience pour le médecin, qui devra payer lui-même de sa personne, au moins dans les premiers temps. Ensuite, il pourra dresser quelqu'un de l'entourage du malade pour répéter les exercices susdits.

J'arrive maintenant à l'*aquapuncture* que MM. Dechambre, Mathias Duval et Lereboullet, dans leur article *Aquapuncture* du *Dictionnaire usuel des Sciences médicales*, ont caractérisée de procédé douloureux en raison de l'imperfection des appareils... Sans doute, leur appréciation a dû contribuer pour une certaine part à l'abandon de cet excellent procédé de révulsion, si apprécié des anciens et bien préférable aux pointes de feu.

J'ai, dans plusieurs travaux, établi que, si le procédé est bon, il ne fallait que remplacer les appareils pour le rendre parfait et non douloureux.

Je dépose sur le bureau une brochure dans laquelle j'ai

traité des indications de l'aquapuncture. J'y ai donné le résumé d'une quinzaine d'observations. Enfin, j'ai exposé les différentes modifications que Salles-Girons et Pascal ont fait successivement subir aux anciens appareils dont ils se sont servis sous le nom de *douche filiforme*. Salles-Girons pulvérisait le jet filiforme pour les affections du larynx et des bronches; Pascal, outre les indications résumées dans ma brochure, s'en servait contre les douleurs fulgurantes du tabes.

Je prends la liberté de soumettre à l'appréciation du Congrès un appareil complètement refondu, que j'ai fait construire sous mes yeux, pour ainsi dire, par MM. Barbas, Ballas et Cie, à Paris, et qui, sous le nom rétabli d'*aquapuncture*, constitue bien le plus puissant moyen de révulsion que le praticien puisse avoir à sa disposition.

La *figure 2* donne le dessin de l'appareil et la technique de son maniement.

Un petit tube en plomb, branché sur le tube de la ville, amène l'eau sous pression dans un filtre Chamberland à trois bougies en porcelaine. Un robinet communique avec un tube qui conduit l'eau filtrée dans un barillet de verre d'une capacité de six à dix litres, suivant les besoins.

Un autre conduit, fermé par un robinet, fait descendre cette eau, au fur et à mesure des besoins, dans un entonnoir qui communique avec un réservoir hermétiquement fermé et muni d'un manomètre et d'un tube indicateur pour la hauteur de l'eau.

Une pompe à pression, aspirante et foulante, que l'on fait manœuvrer par un aide, fait monter l'eau de ce réservoir dans un tuyau de caoutchouc, garni d'une armature intérieure destinée à donner à ce tuyau la force de résister à une haute pression.

L'extrémité terminale de ce tuyau est garnie d'une poignée pour la main de l'opérateur et de trois embouts de différentes grosseurs, sériés depuis la grosseur d'une fine aiguille à coudre jusqu'à celle d'une forte aiguille à tricoter.

Chaque embout se visse sur le même pas de vis, suivant qu'on voudra avoir une révulsion plus ou moins énergique et le malade sera placé, pour la même raison, à une distance variable de quinze à trente-cinq centimètres de l'opérateur.

En raison de l'importance de la maladie et des connaissances anatomiques (muscles et nerfs) qu'il est indispensable d'avoir pour opérer, un médecin *seul* devra se servir de cet appareil.

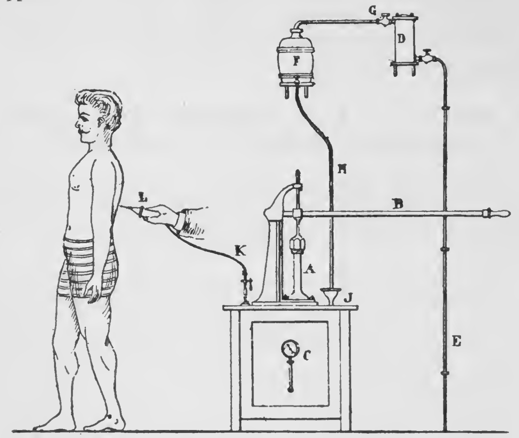


FIG. 2.

A. Corps de pompe.
B. Levier servant à faire mouvoir le piston.
C. Manomètre indiquant la pression de l'eau dans le réservoir de refoulement.
D. Filtre de trois bougies pour le filtrage de l'eau.
E. Tuyau d'arrivée de l'eau.
F. Barillet en verre servant de réservoir d'eau filtrée
G. Robinet d'arrêt du filtre.
H. Tuyau amenant l'eau filtrée du barillet au réservoir d'aspiration de la pompe.
I. Entonnoir du réservoir d'aspiration de la pompe.
K. Tuyau de départ du réservoir.
L. Ajutage (il y en a trois numéros qui diffèrent par la grandeur du trou d'écoulement).

Pendant le repos, les embouts seront tenus libres à l'aide d'un fil d'argent comme pour la seringue Pravaz.

Du reste, l'emploi d'une eau filtrée met le praticien à l'abri des arrêts subits que la moindre poussière produisait avec les anciens appareils.

Les séances ne dépasseront guère dix minutes ou un quart d'heure ; on peut y revenir le lendemain, en marquant avec un

point filiforme, qui reste rougeâtre vingt-quatre heures, l'endroit où on en était resté dans la séance précédente.

Chaque séance d'aquapuncture peut être suivie soit d'une douche sédative, si on opère dans un établissement d'hydrothérapie, soit d'un bain calmant d'une vingtaine de minutes, si on a fait installer l'appareil dans la salle de bain d'une maison bourgeoise.

M. BÉRILLON. — **Action complémentaire de la suggestion hypnotique dans le traitement de l'ataxie locomotrice.**

Actuellement, personne ne met plus en doute la valeur thérapeutique de la suggestion hypnotique contre les perturbations fonctionnelles si variées qu'on observe dans les névroses.

Par contre, un grand nombre d'esprits se refusent encore à admettre que la psychothérapie puisse être de quelque utilité lorsqu'on se trouve en présence de troubles fonctionnels dépendant de lésions organiques. Cependant, il résulte d'un certain nombre d'observations dues principalement à MM. les professeurs Bernheim et Fontan, et à M. le Dr Lloyd Tuckey, la preuve évidente que, même dans certaines affections nerveuses *cum materia*, où l'apparition de symptômes fonctionnels est en rapport certain avec l'existence d'une lésion anatomique, la suggestion peut jouer un rôle thérapeutique d'une certaine efficacité.

C'est pour apporter une contribution démonstrative à l'appui de cette opinion que je soumets au Congrès l'observation suivante concernant un malade atteint d'ataxie locomotrice.

En mai 1891, M. L..., âgé de trente-trois ans, voyageur de commerce, vient à notre Clinique. Il marche appuyé sur deux cannes et présente au plus haut degré l'incoordination motrice caractéristique du tabes dorsalis. L'examen clinique révèle les particularités suivantes : Le malade ne peut se tenir debout lorsqu'il a les yeux fermés; le réflexes rotuliens sont abolis; il porte à demeure dans le canal de l'urètre une sonde destinée à remédier à une rétention complète d'urine remontant à dix-huit mois. Il se plaint de fourmillements et d'élancements extrêmement pénibles dans les pieds et les jambes; les fourmillements ne lui laissent aucun répit et lui causent des insomnies qu'aucun médicament n'a pu jusqu'ici atténuer. Son état général est extrêmement défec-

tueux. Le malade n'a éprouvé du côté de la vision que des troubles peu marqués. A vingt ans, le malade a eu la syphilis. Il fut traité à l'hôpital du Midi par M. Mauriac, qui constata l'apparition de la roséole. Les accidents secondaires furent bénins et il n'a eu aucun accident tertiaire. Les premiers symptômes de l'ataxie se sont manifestés en 1888 par une névrite du sciatique, à gauche, dont le début fut brusque. Il courait après un omnibus, lorsqu'une violente douleur, survenant dans la cuisse gauche, le mit subitement dans l'impossibilité de continuer la marche. Il alla consulter M. Letulle, qui porta le diagnostic de névrite du sciatique.

Trois mois après le début de cette névralgie, qui s'était montrée rebelle à divers traitements, le malade fut atteint inopinément d'une rétention complète d'urine, coïncidant avec de violents maux de reins, qui dura vingt-quatre heures. Cette rétention se transforma bientôt en incontinence par regorgement qui le faisait uriner dans son lit toutes les nuits; mais il cessa un jour complètement d'uriner et entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Germain Sée. Il y resta douze jours; la rétention ne cédant pas, on le fit descendre en chirurgie, chez M. le professeur Verneuil. On lui passa dans l'urètre une sonde dont il est resté tributaire pendant dix-huit mois (il changeait la sonde tous les cinq ou six jours). A ce moment, il est resté deux mois au lit sans se lever. Il fut à l'hôpital l'objet de nombreux examens, et son affection fut toujours désignée par le nom de *tabes*.

Le malade ayant été soumis, sans résultats appréciables, à un certain nombre de séances de suspension, nous étions autorisés à recourir à l'application de la suggestion hypnotique comme moyen palliatif des phénomènes douloureux. En même temps, pour répondre à l'indication tirée des antécédents syphilitiques, nous avons institué d'une façon continue le traitement spécifique (1 gr. d'iodure de potassium par jour).

Dans la première séance, qui eut lieu le 9 mai, le malade se montra complètement réfractaire à l'hypnotisation. Dans la seconde séance, deux jours après, il éprouva un léger engourdissement et une certaine lourdeur des paupières. Il en fut de même pendant trois ou quatre séances, lorsqu'un jour il tomba inopinément dans un sommeil profond avec anesthésie à la piqûre et amnésie au réveil. Les premières suggestions furent dirigées contre les fourmillements et les élancements. Mais tant que le malade ne fut pas endormi profondément, il n'accusa aucun soulagement appréciable. Dès qu'il eût été réellement hypnotisé, l'amélioration se manifesta rapidement. Il fut alors facile de constater, après quelques séances, que le malade marchait mieux et que l'incoordination motrice avait diminué. C'est alors que nous eûmes l'idée de traiter sa rétention d'urine par le même procédé, de lui faire la suggestion de retirer sa sonde à une heure déterminée et d'essayer d'uriner seul. Prévenu de la suggestion après son réveil, il nous répondit : « Ce n'est pas la peine d'essayer, je crois que c'est impossible. » Néanmoins, à l'heure fixée, il retira sa sonde et il urina quelques gouttes.

Malgré quelques tentatives analogues suivies d'un succès croissant, il

ne se décidait pas à se séparer de sa sonde, car il avait constaté que, lorsqu'il restait quelques instants sans la remettre, il éprouvait les plus grandes difficultés à vaincre la résistance du sphincter vésical. Le 4 juillet, pendant le sommeil hypnotique, la suggestion de retirer sa sonde avec l'idée de ne jamais la remettre et de la jeter par la fenêtre dès qu'il serait rentré chez lui, lui fut faite énergiquement. Elle fut exécutée d'une façon automatique. Depuis lors, il ne l'a plus remise.

A la fin de juillet, le malade pouvait marcher sans canne, descendre les escaliers sans appui; le signe de Romberg avait disparu; il urinait sans le secours d'une sonde, se rendant compte cependant qu'il ne vidait qu'incomplètement sa vessie. Il éprouvait encore des élancements et des fourmillements, mais très supportables et bénéficiait la nuit de plusieurs heures de sommeil. La marche n'était déjà plus celle d'un ataxique, tout en gardant cependant un caractère particulier; il s'avançait en s'appuyant lourdement sur ses talons, en étendant les bras avec un dandinement spécial. Seuls, les réflexes rotuliens n'avaient pas reparu. L'anesthésie plantaire n'occupait plus que les deux derniers doigts de chaque pied.

C'est alors que nous avons institué une expérience dont le résultat nous paraît de nature à faire ressortir à la fois le rôle dynamogénique de la suggestion et sa valeur curative.

Dès le début du traitement, le malade avait été soumis à la médication spécifique. Il n'avait pas cessé depuis plusieurs mois de prendre 1 gramme d'iodure de potassium. Il n'est pas téméraire de supposer que cette médication a pu modifier favorablement le processus de la lésion et même en amener la guérison. Néanmoins, il est certain qu'à elle seule, elle n'aurait pas suffi à amener la disparition complète des troubles fonctionnels, puisqu'ils n'ont disparu successivement que sous l'influence de la suggestion. C'est ainsi que nous avions pu constater l'efficacité de la suggestion contre l'insomnie du malade, contre les élancements et les fourmillements, contre l'incoordination de la marche et, enfin, contre la rétention d'urine. La persistance de l'abolition des réflexes nous permettait de contrôler avec plus de précision l'influence de la suggestion déjà manifestée contre les autres troubles fonctionnels.

Le 3 septembre, je fais constater par plusieurs médecins l'abolition complète du réflexe rotulien chez le malade. Puis il est hypnotisé profondément. L'anesthésie est complète et les membres soulevés restent dans l'atittude cataleptoïde. Alors, tout en faisant sur le tendon rotulien de légères percussions à l'aide du marteau explorateur, je suggère au malade le retour du réflexe. La réapparition du réflexe ne se manifeste d'abord que d'une façon peu marquée, mais dans le cours des séances suivantes, nous assistons à son rétablissement progressif.

Après une interruption du traitement pendant quelques jours, nous fûmes surpris de constater que cette réapparition des réflexes n'avait été que passagère. Cette rechute nous permit de vérifier de nouveau l'action dynamogénique de la suggestion, car au bout de quelques séances les réflexes ont réapparu et se sont maintenus. De plus, les dernières zones

d'anesthésie plantaire ont disparu sous l'influence de quelques suggestions.

Un fait important à noter c'est que, pour arriver à l'état de guérison, nous n'avons pas fait moins de soixante séances de suggestion répétées à deux ou trois jours d'intervalle. La persévérance apportée par le malade et par le médecin ont donc été des facteurs très importants dans l'application du traitement et dans son succès.

A la date du 1er décembre 1891, l'état du malade était des plus satisfaisants. L'incoordination motrice avait presque complètement disparu. Cette amélioration si frappante n'a pas été passagère, car jusqu'en juillet 1895, époque à laquelle nous avons eu pour la dernière fois des nouvelles du malade, il n'a cessé de vaquer à ses occupations très pénibles de courtier en marchandises, qui l'obligent à marcher une grande partie de la journée.

Depuis lors, encouragé par ce premier succès, nous avons eu souvent recours à l'action complémentaire de la suggestion hypnotique dans le traitement de l'ataxie. Chez trois de nos malades, les résultats obtenus ont été aussi marqués que rapides. Chez l'un d'eux, après un certain nombre de séances de suggestion, l'incoordination a diminué au point qu'il a pu redescendre seul les escaliers, ce qu'il n'avait pas fait depuis plusieurs mois. Chez une malade atteinte d'atrophie partielle de la papille, qui nous avait été envoyée par le Dr de Bourgon, les douleurs fulgurantes extrêmement pénibles ont cédé après trois séances de suggestion; deux mois après ce résultat, elles n'avaient pas reparu. Chez un troisième, qui nous était récemment confié par le Dr P. Valentin, l'amélioration, très rapide, a porté surtout sur l'incoordination motrice, et le malade, qui ne marchait qu'appuyé sur le bras de quelqu'un, s'est remis à marcher seul.

De ces observations nous paraît résulter l'action complémentaire exercée dans le traitement de l'ataxie locomotrice par la suggestion hypnotique. Si, d'un côté, la médication spécifique et les prescriptions hygiéniques peuvent agir en modifiant favorablement la lésion, de l'autre, la suggestion prouve sa réelle efficacité en rétablissant la fonction. Elle n'agit pas seulement en améliorant l'état mental et général du malade; elle manifeste aussi son action propre : 1° en rompant des habitudes fonctionnelles acquises auxquelles le malade s'accoutume si facilement et auxquelles il ne peut se soustraire par la seule influence de sa volonté; 2° en rétablissant, par une véri-

table rééducation, les fonctions disparues; 3° en ravivant dans les cellules nerveuses et dans les fibres musculaires la dynamogénie qui en constitue la vie et la force; 4° en augmentant l'intensité des phénomènes vaso-moteurs corrélatifs de la nutrition des tissus; 5° en limitant le champ des troubles fonctionnels et en réduisant ces troubles aux justes proportions que comporte la lésion; 6° en provoquant l'apparition de phénomènes de suppléance; 7° en dépistant les syndromes simulateurs, qui, comme l'a si bien observé Charcot, viennent se confondre avec les symptômes des lésions organiques, et en guérissant ces syndromes.

En résumé, même dans les affections liées à l'existence d'altérations organiques, la suggestion peut encore apporter un appui thérapeutique qui n'est pas à dédaigner, étant données la faiblesse et l'impuissance des moyens curatifs dont nous disposons. Souvent elle fait plus, car elle constitue un moyen précieux d'éclairer à la fois le diagnostic et le pronostic.

M. P. TISSIÉ. — **Traitement des phobies par la suggestion (rêves et parfums) et par la gymnastique médicale.**

Après avoir établi que la fatigue, expérimentalement créée et poussée à l'excès chez des sujets sains et robustes, provoque des psychoses, j'ai été amené à rechercher les effets de la fatigue chez les héréditaires nerveux, instables, dégénérés, épileptiques, hystériques, etc. J'ai constaté leur impotence fonctionnelle à supporter l'effort prolongé. La fatigue arrive vite chez ces sujets; elle se manifeste par des troubles psychiques, dans lesquels les phobies entrent pour une large part. Tout agent qui actionne les centres nerveux, soit par une excitation lente mais continue, soit par une excitation violente mais subite, provoque la fatigue par décharge nerveuse, selon toute apparence. Cette décharge découronne les centres psychiques, en leur enlevant la somme d'influx nerveux nécessaire à la formation du jugement, de la volonté, etc., elle peut mettre le sujet en état hypnagogique.

L'état de fatigue s'établit plus ou moins rapidement, selon le coefficient de force psycho-physiologique de chacun, coeffi-

cient variable selon le moment physiologique, psychique et climatérique, et sa résistance due à l'hérédité.

Le bien-être accordé par une légère fatigue donne une illusion de force, il pousse souvent aux excès ceux-là mêmes qui auraient besoin de se ménager, tels les nerveux qui réparent difficilement. Beaucoup d'instables, de dégénérés et presque tous les impulsifs ont du « prurit musculaire » qui les pousse à agir, l'excitation leur est nécessaire, aussi presque tous ont une grande appétence pour les excito-moteurs.

Chez certains, le sens de la fatigue peut être oblitéré à un tel point qu'ils recherchent le mouvement, qu'ils marchent, qu'ils se livrent aux exercices physiques, sans jamais éprouver de lassitude; mais il n'est pas rare de voir survenir un équivalent somatique ou psychique de la fatigue, tel que des contractures musculaires ou des obsessions diverses, qu'on peut considérer comme des contractures psychiques.

La fatigue émotionnelle « casse bras et jambes », selon l'expression vulgaire. L'influence des rêves sur sa production à l'état de veille est connue, si bien qu'on peut se demander si la fatigue ressentie le matin au réveil ne provient pas d'un rêve accompli, mais oublié; en effet, une fatigue ressentie pendant le rêve et oubliée au réveil peut réapparaître à l'état de veille par association de mouvement, c'est à dire par rappel de mémoire.

Un rêve peut aussi annoncer une affection latente avant qu'elle ne se révèle cliniquement et aider ainsi au diagnostic; enfin, il devient pathogène par son intensité ou par sa répétition. Mais par le fait même qu'il est pathogène, on peut l'utiliser thérapeutiquement dans certains états psychiques ou comme adjuvant à la gymnastique médicale.

L'influence des rêves sur les actes accomplis à l'état de veille est manifeste. Voici un cas :

M. X..., directeur d'un vélodrome, organisait une grande journée de courses vélocipédiques; il avait engagé de nombreux coureurs, la partie qu'il jouait était grosse, tout dépendait du temps, qui était incertain; il lui fallait du soleil.

Or, la nuit qui précéda la course, il plut beaucoup, X... se mit souvent à la fenêtre et dormit mal. Il se leva le matin vers six heures, et voyant qu'il pleuvait à torrents il se dit : « Il n'y aura pas de course

aujourd'hui, » non qu'il ne voulût pas en donner, mais parce qu'il craignait de ne pas avoir de monde.

Il se recouche, se rendort et rêve, dans un état hypnagogique, qu'il n'y a pas de course; il reste ainsi au lit toute la matinée; on vient le faire lever, il répond qu'il n'y a pas de course; cependant le temps est beau, il se rend au vélodrome en se disant toujours qu'il n'y aurait pas de course, mais il les organise quand même.

Les épreuves commencent à trois heures de l'après-midi devant une grande foule, X... va donner le départ aux coureurs, quand, tout à coup, il demande où ils sont; il se répond à lui-même qu'il ne doit pas y en avoir puisque les courses sont renvoyées à un autre jour.

Les membres du jury le regardent étonnés, car les dix coureurs sont devant lui et n'attendent que le signal du départ. Il les voit et tire le coup de pistolet toujours en doutant. Cet état a duré pendant toutes les épreuves, X... donnait toujours les signaux en se disant qu'il n'y avait pas de courses.

Une impression ressentie pendant la veille peut être reprise et renforcée par le rêve; elle crée alors un état pathologique. Telle est l'observation suivante qui fait l'objet de cette communication :

Mlle P..., trente-deux ans, tailleuse en robes, ayant eu des accès de somnambulisme dans sa jeunesse, subit une grande frayeur. Étant à la campagne par un jour d'orage, elle s'enferme complètement dans une chambre et dans la plus grande obscurité; elle se trouvait placée devant la cheminée, le tonnerre grondait très fort. Tout à coup, elle fut surprise par une longue aigrette électrique, qui ayant passé par la cheminée avait léché le chambranle en projetant une lueur blanche et violette dans la chambre. Mlle P... fut tellement effrayée qu'elle resta sur place, les jambes écartées, sans pouvoir bouger ni appeler au secours. On vint la retirer de cette position, on essaya en vain de rapprocher les deux jambes, on la porta dans sa chambre, on lui prodigua des soins, le mouvement revint, mais les chevilles étaient enflées et les muscles raidis; elle ne put de quelques jours descendre l'escalier qu'en se laissant glisser de marche en marche et assise.

Un mois après cette commotion, elle rêve qu'elle entend un grand bruit, comme un long roulement de tonnerre, elle a peur; tout à coup, elle se trouve seule devant l'immensité de la terre, représentée à ses yeux par une plaine crayeuse et blanche, ayant la courbure d'un horizon océanien. Puis, la terre se crevasse régulièrement en petits carrés de la superficie des pavés de la rue. De l'une de ces crevasses, plus large que les autres, pousse une tulipe rouge, la fleur prend corps, elle voit Jésus-Christ dont le buste se dresse à moitié et seul sur la plaine immense! Elle l'entend alors crier d'une voix très forte et courroucée, le visage sévère : « Amendez-vous, car le royaume des cieux est proche. » Elle

s'enfuit: mais, poussée par une force supérieure, elle est obligée de revenir sur ses pas; elle entend alors le Christ lui dire : « Maintenant il n'est plus temps. » Elle se réveille en sursaut, en proie à une grande frayeur, elle se trouve assise sur son lit, elle ne peut se rendormir. Le lendemain, elle vit dans son rêve avec d'autant plus de force que le décor est celui de la maison qu'elle habite. Elle voit l'endroit où le Christ lui est apparu et elle en détourne les regards. Cet état persiste pendant les quatre mois qu'elle demeure dans cette maison. Elle est triste, son caractère change, son teint, frais et coloré, devient pâle et jaune.

Elle ressent des troubles gastriques qui provoquent un état d'hypocondrie mal défini. Quelques phobies apparaissent, se renforçant surtout après chaque fatigue plus grande. Divers traitements dits *fortifiants,* dont les ferrugineux et les quinquinas forment la base, lui sont appliqués fort malheureusement, car ces remèdes l'irritent encore davantage. Un élixir achève de la rendre vraiment malade, en provoquant des lipothymies. Elle devient très suggestible et, un grand surmenage professionnel aidant, l'état de phobie s'accentue. Elle a des hallucinations de la sensibilité cutanée, les rêves deviennent terrifiants, l'idée de la mort la poursuit. Elle a peur de mourir toute seule dans sa chambre ou dans la rue avant qu'on ait pu lui porter secours. Elle éprouve un chagrin de famille et aussitôt l'état empire. La peur de mourir la pousse à se précipiter par la fenêtre ou dans la cage de l'escalier; elle se barricade dans sa chambre en poussant les meubles contre les fenêtres. Elle ne peut plus sortir seule, ayant besoin d'être accompagnée; enfin, l'agoraphobie est si forte qu'elle reste chez elle, bien que son métier l'oblige à sortir. Un jour, se trouvant devant sa croisée, l'idée lui vint « en coup de foudre » *(sic)* de se précipiter dans la rue; elle lutta beaucoup et ne ferma les volets qu'à grand'peine. A partir de ce moment, ne pouvant ni sortir ni rester chez elle, la situation devient intolérable.

C'est alors que Mlle P... vint me consulter.

Je m'appliquai tout d'abord à établir un régime alimentaire spécial, je supprimai les remèdes dits *fortifiants* et je conseillai les douches.

Un mieux s'ensuivit, cependant je conseillai la suggestion hypnotique. Mais la malade, défavorablement prévenue, ne voulut pas se prêter au traitement; elle avait peur de ne plus se réveiller. Elle attendit pendant un an. Mais les crises étant revenues à la suite de fatigues professionnelles, courses à pied, longues veillées, piqûre à la machine, etc., et des émotions diverses, Mlle P... consentit à se laisser endormir.

La suggestion directe n'eut pas d'heureux résultats; je pensai alors à me servir des rêves et à utiliser ainsi l'auto-suggestion provoquée par une suggestion de rêve thérapeutique imposé.

J'agissais de cette façon afin de pouvoir amener la malade à se rendre à ma Clinique de gymnastique médicale et, pour cela, à traverser la Garonne. Elle n'avait pu passer l'eau depuis sept ans.

Je lui donnai donc des rêves agréables de promenade sur l'eau, en la persuadant qu'elle n'avait rien à redouter.

J'imposai simplement le thème du rêve, laissant à la malade le soin

de le développer. Elle m'en remettait le récit le lendemain; je saisissais ainsi la tournure de son esprit et je modifiais la suggestion selon l'état psychique.

Après un certain entraînement, je lui donnai la suggestion directe de traverser le fleuve en sortant de mon cabinet. Elle se rendit jusqu'au ponton, mais n'osa s'embarquer; je renforçai alors la suggestion par un parfum, me basant en cela sur l'association des idées et sur l'observation vulgaire du rappel d'un souvenir par une odeur ou par un parfum. Je lui suggérai donc que la confiance en elle-même augmenterait chaque fois qu'elle sentirait le parfum que je versai, pendant le sommeil hypnotique, sur son corsage et sur son mouchoir. La malade traversa le fleuve toute seule, aller et retour, dans le bateau; selon la suggestion donnée, elle respira longuement le flacon *d'où s'échappait de la volonté (sic)*. Continuant ainsi pendant quelque temps à l'entraîner par les rêves thérapeutiques et la suggestion renforcée par un parfum, je parvins à la faire venir à ma Clinique. Je pus alors commencer le véritable traitement, celui de la gymnastique médicale, qui dans ma pensée devait agir plus efficacement encore sur la maladie de la nutrition, cause principale des phobies, en provoquant des échanges plus rapides par un travail musculaire méthodiquement imposé.

Si cette préparation avait été longue, l'application des exercices fut délicate. Ayant remarqué que toute fatigue lui occasionnait une poussée de phobie, je procédai du simple au composé, j'arrivai ainsi et progressivement à faire produire des mouvements assez nombreux. J'utilisai surtout la course à pied ainsi que les mouvements d'équilibre par des attitudes sur le plancher et dans le sable.

Afin de reprendre inversement cette expérience, je provoquai expérimentalement les phobies en augmentant les efforts ou en prolongeant les séances de gymnastique. Au bout de l'année, la malade était non seulement guérie, mais j'étais obligé de l'empêcher de pratiquer certains exercices trop violents, pour lesquels il lui fallait dépenser beaucoup de force. J'avais fait l'éducation de sa volonté en lui donnant une grande confiance en elle-même, si bien qu'elle n'avait plus peur.

Mlle P... suit régulièrement la Clinique, où elle m'est devenue une aide précieuse pour les enfants. Elle s'y rend d'un point extrême de Bordeaux, faisant ainsi toute seule quatre kilomètres environ, aller et retour, soit à pied, en tramway ou en bateau à vapeur.

Le traitement appliqué a été alimentaire, psychique et dynamique.

Cette observation prouve que le traitement des phobies est quelque peu complexe. Le traitement pharmaceutique a été mal supporté, la suggestion directe ne peut lutter, de prime abord, contre un état d'auto-suggestion profondément établi; il a fallu charger le plateau de la balance en raison du poids du plateau opposé.

Avant de commencer le traitement de la gymnastique

médicale, je devais m'assurer de sa durée et de sa régularité, ce qui est souvent très difficile avec des malades dont la volonté est atténuée. J'ai pris un biais pour ceux qui ne pouvaient accepter la suggestion directe à l'état de veille ou à l'état de sommeil, car la peur inhibait la suggestion. J'ai donc créé des rêves thérapeutiques.

Dans le cas présent, la malade vivait agréablement en rêve le temps qu'elle passait sur l'eau. J'imposais une tendance à son esprit par une mémoire d'assurance en elle-même, assurance d'autant plus grande qu'elle naissait de l'autosuggestion d'un rêve. Je procédais par approche lente, en atténuant la lutte entre la mémoire pathologique de la peur et la mémoire thérapeutique et directement suggestive de passer la rivière. Beaucoup de malades discutent la suggestion imposée, cette discussion provoque quelquefois une grande fatigue; or, la fatigue éveille elle-même la phobie ou la renforce; on tourne ainsi dans un cercle vicieux.

En utilisant les rêves, je crois qu'on peut éviter cette fatigue, je comparerai volontiers ce procédé opératoire à des injections graduelles de psychothérapie atténuées ou renforcées, selon l'état de réceptivité de chaque sujet. C'est ainsi qu'ayant voulu supprimer des tendances au vol chez une jeune fille de la campagne, j'ai créé des rêves tendantiels de récompenses ou de châtiments, selon son moment psychique.

Il faut permettre à chaque sujet de faire acte de libre arbitre ou du moins lui laisser croire qu'il agit par lui-même. Moins on provoque l'inhibition directe, moins on atteint les fonctions volitives, émotives, intellectuelles, etc. Le traitement consiste à savoir se servir de tout ce que le sujet peut donner, c'est un protectorat qu'il faut établir plus qu'une annexion.

Avant donc d'appliquer la suggestion, je crois qu'on a tout avantage, quand la chose est possible, à utiliser l'autosuggestion qui prépare le terrain; on évitera ainsi les traumatismes psychiques qui ébranlent et qui sont plus à redouter que le mal lui-même, car ils le renforcent bien souvent.

Mais la suggestion a besoin d'être maintenue, car dans la lutte des deux groupes de mémoires pathologique de peur et thérapeutique d'assurance, le premier groupe a d'autant plus

de force qu'il est maître du terrain et qu'il s'y est fortifié par le droit du premier occupant. Obliger un malade à venir plusieurs fois par jour recevoir une dose de suggestion dans le cabinet du médecin est chose impossible. Il faut donc trouver un procédé pour lui permettre de prendre sa dose suggestive sans ennui et sans dérangement; je me suis adressé à l'odorat comme étant l'organe sensoriel le plus facilement et le plus socialement maniable.

Si un parfum rappelle un souvenir souvent lointain, il peut aussi, étant respiré pendant l'application de la suggestion, rappeler cette même suggestion par association de mémoires, la pratique a confirmé la théorie; le parfum renforce la suggestion à toute heure du jour sans gêne pour le sujet et pour son entourage, car on choisit pour cela le parfum préféré et tout le monde, à part la malade, ignore le rôle qu'on lui fait remplir. Le parfum donne de la « volonté », de « l'assurance », de la « gaîté », etc., disent les malades, selon qu'on l'a associé à une suggestion de volonté, d'assurance ou de gaîté; chez une morphinomane invétérée, il a remplacé la morphine elle-même pendant plus d'une année. Cette malade éprouvait, en le sentant, le même bien-être que lui donnait la piqûre. On sait que l'auto-suggestion joue un grand rôle dans le traitement de la morphinomanie, dans lequel il faut considérer l'action du poison et celle de la piqûre de l'aiguille.

Il peut arriver que l'habitude d'un parfum lui fasse perdre sa valeur représentative au bout d'un certain temps; l'odorat n'étant plus assez fortement impressionné, on n'a alors qu'à changer le parfum.

Ainsi préparé, le sujet peut commencer le traitement physique.

Ce traitement est fort délicat à appliquer, car, outre la suggestion à l'état de veille qu'il faut savoir doser selon le moment de chaque sujet, il faut appliquer l'exercice d'après le coefficient de résistance neurique et physique; or, ce coefficient est variable quotidiennement et dépend du moment physiologique, psychique du malade et climatérique du milieu. Il ne faut pas oublier qu'on a affaire à des sujets dont la résistance nerveuse est peu élevée, qui dépensent rapidement et réparent lentement, que le fond de leur affection réside

dans une maladie de la nutrition générale, qu'on peut avoir affaire à des auto-intoxications qu'un travail musculaire mal réglé augmente. Si un exercice modéré tonifie, un exercice violent fatigue. Or, la fatigue provoque des états psychiques pathologiques. Rien n'est mobile comme de tels sujets qui dépendent de leur digestion, de leur sommeil, de la température, des émotions, des veilles, etc.

Quelques-uns de ces malades sont portés à pousser toute chose à l'excès; il faut savoir les maintenir et les exciter. Les défaillances succèdent aux exaltations; on doit avoir sur eux une grande autorité morale. Les traitements psychique et gymnastique doivent alterner ou marcher de pair, selon le moment. Il faut même savoir s'arrêter afin de mieux reprendre.

C'est pourquoi il n'y a pas une gymnastique médicale, mais des applications diverses et d'autant plus délicates que tout mouvement agit sur les centres psycho-moteurs et que toute idée se transforme en mouvement.

Dans ce traitement, il faut comprendre l'hydrothérapie et le massage, mais leur étude demanderait un développement qui n'entre pas directement dans ce travail. L'hydrothérapie et le massage n'ont pas d'action sur la volonté; le sujet subit, mais n'agit pas. On doit, toutes les fois qu'on le peut, provoquer des mouvements volontaires.

Ils sont multiples. Il faut que l'hématose soit toujours assurée, donc pas d'effort qui congestionne en supprimant la respiration.

Les mouvements du train inférieur activent surtout la respiration, et par ce fait même ils reposent l'esprit. On sait que les mouvements respiratoires modifient ou suppriment l'attention. Or, l'attention joue un grand rôle dans les phobies, puisque le malade est atteint d'une attention forcée du « moi ».

Je résumerai donc cette étude dans les propositions suivantes :

1° Chaque sujet possède un coefficient de forces psycho-physiologiques qu'il ne peut dépasser sans inconvénient. Le coefficient peut être élevé par un entraînement gymnastique bien réglé; il paraît être d'autant moins élevé que l'état d'automatisme est plus prononcé.

Ce coefficient dépend de l'âge, du sexe, de l'état physiologique et psychique de chaque sujet en même temps que de l'état climatérique du milieu.

Il est quotidien et il oscille entre deux points proportionnellement constants chez les sujets sains, mais inconstants chez les sujets pathologiques.

2° Les rêves jouent un rôle important dans la production de certains états psycho-pathologiques en renforçant une impression reçue soit à l'état de veille, soit à l'état de sommeil.

On peut combattre leur action pathogène en créant des rêves thérapeutiques qui agissent alors par auto-suggestion. Il faut opposer auto-suggestion à auto-suggestion quand la suggestion directe n'a pas d'effet. La suggestion peut être renforcée par un parfum selon la loi d'association d'idées par rappel de mémoire.

3° Dans le traitement psycho-dynamique par la gymnastique, on doit toujours procéder du simple au composé en s'appliquant au début à ne provoquer que des mouvements automatiques.

Il ne faut user qu'avec une extrême prudence de tous les exercices qui congestionnent le cerveau, tels que les renversements, les rétablissements, le soulèvement de poids trop lourds, etc. La durée, l'intensité et la difficulté des exercices doivent être calculées d'après l'état du sujet au moment où il agit. La marche doit entrer dans une large part pour l'application de la gymnastique médicale. Celle-ci trouvera un excellent et précieux adjuvant dans l'exercice bien réglé de la bicyclette. Ce qui d'ailleurs est plus difficile qu'on ne le croit.

Tout exercice physique, provoquant l'émotivité ou une application trop grande de l'attention, doit être mesuré avec d'autant plus de prudence que le coefficient de force psycho-physiologique du sujet est moins élevé.

D'autre part, tout travail intellectuel d'abstraction provoquant l'attention forte est incompatible avec un exercice physique trop prolongé.

Si celui-ci, pris à juste dose, élève le tonus général dont bénéficie le pouvoir d'attention, son abus modifie rapidement ce pouvoir.

Le danger dont il faut se garer est dans l'illusion d'une

force intellectuelle factice faite des réserves psychiques appelées à l'action par l'excito-moteur physique et dont il faut savoir se servir sans jamais les épuiser. Le degré du pouvoir d'attention et le sommeil calme sont un des critériums de la juste dépense de force faite.

4° Avant d'appliquer tout traitement gymnastique, le médecin doit s'assurer de l'intégrité fonctionnelle des émonctoires afin d'éviter l'auto-intoxication d'autant plus rapide qu'il a souvent affaire à des maladies de la nutrition générale.

5° Tout arrêt dans la respiration doit être évité, l'effort ne doit jamais aller jusqu'à l'essoufflement et la congestion.

La gymnastique des muscles du train inférieur doit être appliquée par rapport à celle des muscles du train supérieur dans la proportion de 3 à 1.

M. TOY. — **Note sur l'emploi du chlorhydrate d'apocodéine dans l'excitation maniaque.**

Le chlorhydrate d'apocodéine a été étudié au point de vue expérimental par M. Guinard (de Lyon), qui a publié sur ce sujet un travail très consciencieux et très complet. Contrairement à ce qu'enseignent les plus récents formulaires ou traités magistraux, le chlorhydrate d'apocodéine n'est pas un vomitif; jamais, dans ses très nombreuses expériences, M. Guinard n'a constaté de vomissement. M. Guinard a démontré en outre que ce médicament est un calmant du système nerveux, que son administration n'est pas suivie d'une période d'excitation comme celle du chlorhydrate de morphine, qu'il est beaucoup moins toxique que cette dernière substance et qu'enfin il excite le péristaltisme intestinal.

C'est sur les conseils de M. Guinard et en me basant sur ses expériences, que j'ai administré le chlorhydrate d'apocodéine à quelques malades du service de mon maître M. le professeur Pierret.

J'ai choisi les cinq maniaques les plus agitées de tout le service. Le médicament leur était administré le soir à sept heures; les doses, en injections hypodermiques ou à l'intérieur, ont varié de 2 à 6 centigrammes. L'infirmière de garde inscrivait d'heure en heure, sur une feuille spéciale, les faits et gestes

de chacune des malades soumises au traitement. Sans entrer ici dans le détail de ces observations qui sont au nombre de quarante-huit, je me bornerai à faire connaître au Congrès les conclusions qui s'en dégagent :

1° L'administration du médicament a toujours diminué l'excitation des malades, souvent même elle leur a procuré quelques heures de sommeil;

2° L'ingestion ou l'injection a toujours amené dans la nuit une selle au moins, souvent deux, quelquefois trois ;

3° Dans aucun cas, elle n'a été suivie de vomissements.

Ces résultats sont identiques à ceux qu'avait obtenus M. Guinard chez les animaux. Il serait intéressant aussi de connaître les sensations éprouvées par des malades, non aliénés, soumis à cette médication; ce sont là des recherches que je poursuis actuellement et que je ferai connaître dès que j'aurai réuni un nombre suffisant d'observations.

M. T. PIÉCHAUD. — **Interventions chirurgicales chez les aliénés.**

En présentant au Congrès quelques observations cliniques, je n'ai d'autre but que d'apporter une nouvelle preuve à l'appui d'une vérité déjà reconnue, mais peu vulgarisée. *Les aliénés supportent bien les interventions chirurgicales et plusieurs d'entre eux sont améliorés à la suite.* Il est regrettable que les chirurgiens qui opèrent dans les Asiles d'aliénés ne nous donnent pas régulièrement les résultats des hystérectomies, ovariotomies, curettages qu'ils ont pratiqués, car c'est après de telles opérations qu'on doit voir les plus heureux succès.

Chargé par la bienveillance de mon ami, M. le Dr Pons, médecin en chef, et de M. le Dr Calès, directeur, du service chirurgical de l'Asile, j'ai maintes fois dû intervenir pour des traumatismes de peu d'importance ou des lésions externes légères. Il n'en sera point question dans cette courte communication. Je rappellerai seulement les opérations plus graves qui, en raison de leur gravité, présentent un intérêt de premier ordre au point de vue de leur influence sur l'état mental.

Un premier fait se dégage de mes observations : l'acte opé-

ratoire est généralement bien supporté; le chloroforme (je ne me suis servi que de cet anesthésique), même chez les plus tarés, est absorbé sans difficulté, sans alertes; la cicatrisation se fait bien. Quant à l'étal mental, il peut être amélioré quelquefois dans de très larges proportions, mais la question est beaucoup plus complexe, car il s'agirait de faire la part des lésions qui peuvent avoir entraîné les troubles cérébraux et de celles qui peuvent les avoir simplement compliqués.

Notre première observation n'est-elle pas de celles qu'on pourrait ranger dans la première catégorie? Rien ne nous dit, en effet, que la tumeur que la malade portait au sein gauche n'était pas la cause première de son délire, comme il arrive souvent chez les femmes impressionnables qui, pour une douleur de mamelle irritable, conçoivent des craintes exagérées jusqu'à l'obsession constante ou tombent dans une mélancolie des plus pénibles.

C'était une femme de trente ans qui, en septembre 1880, fut transférée à l'Asile de Bordeaux d'une Maison de Santé où elle se trouvait depuis longtemps. Atteinte de manie chronique, elle se livrait à des actes désordonnés et pervers. Toujours bruyante et grossière, elle invectivait son entourage, se servant à dessein de mots crus et obscènes pour froisser les religieuses du service. Entre temps, elle brise et déchire les objets à sa portée... Cet état des plus pénibles durait depuis bientôt huit ans, lorsqu'on constate qu'une tumeur, déjà reconnue dans le sein gauche, mais restée sans progrès sensible et toujours indolore, prend rapidement un développement considérable, au point d'acquérir le volume d'une tête d'adulte, après avoir longtemps présenté celui d'une orange, de distendre toute la mamelle qui, semblable à un fardeau, descend jusqu'à la ceinture. La consistance, le poli relatif des surfaces, le défaut d'adhérences, enfin la lenteur première du développement indiquaient bien qu'il s'agissait d'un fibrome et expliquaient comment tout d'abord la tumeur avait été ignorée de la famille, cachée par la malade, tolérée par les médecins qui n'avaient pas cru devoir en imposer l'ablation.

En janvier 1889, la situation avait bien changé et, l'opération acceptée, je la pratiquai avec l'assistance du D[r] Pons et de ses deux internes. Je n'ai rien à signaler pour la manière

dont fut supportée l'anesthésie par le chloroforme, rien à dire pour les suites de l'intervention qui furent excellentes; mais « nous avons été frappés du changement subit qui s'est produit dans les dispositions morales de la malade, devenue très douce avec les religieuses, se plaignant de leur donner tant de fatigues, s'excusant de leur avoir causé tant d'ennuis, leur demandant pardon de ses malices d'autrefois. L'opération a été suivie d'un succès complet, car l'état mental s'est amélioré tous les jours. La malade était de plus en plus calme, avait conscience d'elle-même, devenait seulement un peu triste quand la pensée lui venait qu'elle n'était peut-être pas tout à fait guérie... »

Je transcris à dessein les notes du Dr Pons, car elles sont l'exacte traduction des faits observés par lui tous les jours.

La sortie de la malade, jugée utile, n'ayant pas été acceptée par la famille, on obtint en sa faveur un arrêté préfectoral qui la mit en liberté. Depuis ce moment, la guérison s'est admirablement maintenue.

De cette observation, je pourrai rapprocher la suivante, certes bien démonstrative en faveur de l'influence d'une opération qui tout à coup supprime la cause du délire. C'est une femme de quarante ans, très intelligente et pourvue de qualités sérieuses qui font d'elle une excellente mère de famille. Sous l'influence de douleurs utérines et de pertes amenées par une endométrite, son moral s'est peu à peu altéré et elle présente tous les symptômes de la mélancolie anxieuse. Idées fixes, torpeur incessante, pensées de suicide qui ne seront jamais mises à exécution tant la malade raisonne bien l'inanité de ses préoccupations morales, anémie, sécheresse de la bouche, inappétence, indiquaient un état moral auquel il était nécessaire de remédier en agissant sur la cause la plus indiquée. Je pratiquai donc l'amputation du col par le procédé de Schrœder et le curettage de la cavité utérine, après anesthésie chloroformique des plus simples. Cette opération obtint un plein succès. Peu à peu la mélancolie disparut, les forces revinrent et, après quelques semaines, il ne restait plus des désordres passés qu'un souvenir éloigné.

Si nous considérons maintenant les malades de la seconde catégorie, chez lesquels la lésion externe est accidentelle au milieu d'un état mental plus ou moins mauvais, les résultats

seront, on doit le penser, bien moins heureux, mais il est encore fort utile d'établir que les opérations sont ordinairement bien supportées, n'amènent point de nouvelles complications et peuvent encore être faites sans inconvénients avec l'aide de l'anesthésie. Citons le fait suivant :

Une femme de quarante ans, atteinte de paralysie générale caractérisée par la démence et le délire des richesses, un état maniaque et du gâtisme, est constamment en proie à une agitation silencieuse, se déshabille et se mord. Certain jour, elle se fait au pouce droit une morsure profonde, bientôt suivie de gonflement, d'inflammation étendue et de gangrène, qui laissa à nu les os et les articulations. L'amputation devient nécessaire. Je la pratique le 17 juin 1895, après anesthésie complète. Quelques gouttes de chloroforme suffisent et les suites de l'opération sont des plus régulières.

En 1884, j'ai dû, dans l'espace de six mois, opérer deux fois d'un fibro-sarcome du sein droit une maniaque chronique, présentant une excitation habituelle modérée avec débilité mentale surajoutée. Nous n'avons point remarqué chez cette opérée qu'elle supportât moins bien qu'un sujet parfaitement sain le chloroforme, qu'elle cicatrisât moins régulièrement et que son délire reçût du fait de l'intervention chirurgicale une impulsion nouvelle. Placée au service des internes de la maison, elle n'a jamais cessé depuis cette époque de faire très régulièrement son travail.

Enfin, il y a un an, je fus appelé auprès d'une femme de trente-six ans, frappée depuis deux ans de démence consécutive à de la manie aiguë : elle avait une hernie crurale étranglée depuis deux jours. Pas plus que dans les cas précédents, je n'hésitai à lui donner le chloroforme jusqu'à anesthésie complète. La hernie était grosse et déjà un peu rouge, de telle sorte que j'augurai mal de l'état de l'intestin. Celui-ci avait, en effet, trois eschares, dont l'une avait deux centimètres de long. Ne voulant pas réséquer l'intestin et répugnant à créer un anus contre nature, je suivis l'exemple de mon ami le docteur Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande), qui venait de fournir une belle observation d'incarcération des eschares, et pratiquai par dessus les points de sphacèle la suture dos à dos de la paroi séreuse. J'allai plus loin et terminai mon intervention

par la cure radicale. Aucun accident ne suivit cette tentative hardie. La malade guérit sans douleur abdominale, sans fièvre.

Tels sont les faits que j'ai tenu à faire connaître. Ils démontrent que les aliénés peuvent et doivent être soumis, aussi bien que les sujets sains et valides, à l'action de la chirurgie, quand des lésions peuvent expliquer leur état mental ou menacer leur vie.

M. DESCHAMPS. — **Note sur un projet de création d'Asile spécial pour alcooliques.**

(RÉSUMÉ)

L'auteur, après avoir résumé l'évolution suivie depuis un an devant les corps élus par la question du projet d'Asile spécial pour alcooliques, fait en quelque sorte la synthèse des propositions particulières relatives aux adaptations propres à cet établissement. Il conclut à la reprise du projet d'essai d'hospitalisation à part des buveurs d'habitude, dans des limites restreintes à cinquante malades *par section*, comme cela se fait en Suisse. Il propose enfin, *dans le cas où la spécialisation du nouvel Asile serait rejetée,* de tenter l'essai sans érection préalable de constructions coûteuses, par simple appropriation de locaux existants, en attendant que les données pratiques tirées de la tentative permettent de poser des règles précises et définitives.

VI

MÉDECINE LÉGALE

M. A. GIRAUD. — **De l'appel des jugements correctionnels frappant des individus recnonus aliénés seulement après leur condamnation.**

Les aliénés ayant commis des crimes ou délits peuvent être divisés en deux eatégories :

1° Ceux dont l'état mental a été reconnu au cours de l'instruction;

2° Ceux dont l'état mental a été méconnu lorsqu'ils ont comparu devant les juges.

Les premiers bénéficient d'une ordonnance de non-lieu ou sont acquittés comme irresponsables. Les seconds, au contraire, sont traités comme des délinquants vulgaires et subissent une condamnation. Lorsqu'au cours de leur peine, on s'aperçoit, à la Maison d'arrêt, qu'ils sont aliénés, on les envoie à l'Asile; mais ils n'en ont pas moins été frappés d'une flétrissure imméritée, ont un casier judiciaire et, en somme, restent victimes de l'erreur judiciaire. C'est cette seconde catégorie qui fera aujourd'hui l'objet de ma communication au Congrès.

Le sujet n'est pas neuf. Sans en faire une bibliographie complète, je puis dire que dès notre premier Congrès annuel des médecins aliénistes, à Rouen en 1890, une discussion s'est engagée à l'occasion d'un mémoire intitulé : « *Note sur la folie dans les Maisons centrales ou prisons de longues peines*, par M. Henri Bailleul, directeur de la 4e circonscription pénitentiaire. » M. le Dr Pactet, en 1891, a pris cette question comme objet de sa thèse inaugurale.

A Bruxelles, en 1892, au Congrès international d'Anthropologie criminelle, M. le Dr Paul Garnier a présenté un rapport intitulé : *De la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction*. Dans ce mémoire, M. Paul Garnier s'exprime ainsi : « Depuis longtemps, j'étais frappé du grand nombre de » condamnés qui m'étaient envoyés des différentes prisons » de la Seine, aux fins d'examen mental, et cela quelques jours » seulement après le prononcé du jugement. J'ai été conduit » à relever tous ces cas et à prendre soin d'ailleurs, de noter » le fait dans mon certificat de collocation dans un Asile » d'aliénés. Nous avons pu ainsi, M. Magnan et moi, établir » une statistique dont les données sont égales à quelques unités » près. En examinant, par exemple, la période quinquennale » de 1886 à 1890, les aliénés méconnus et condamnés, pour » lesquels un internement survenant presque aussitôt le jugement a été pour ainsi dire la *revision morale* du procès, se » dénombrent ainsi qu'il suit :

En 1886	59
En 1887	45
En 1888	49
En 1889	37
En 1890	65
TOTAL	255

» Soit un total de 255 erreurs judiciaires durant cette période » quinquennale! Il y a donc, en chiffres ronds, une moyenne » de 50 individus par an, injustement flétris par une pénalité » qui s'est égarée sur leur tête. Malades, — et on ne peut » contester qu'ils l'étaient puisque quelques jours à peine sépa- » rent leur condamnation de leur internement, — ils devaient » être traités comme tels et bénéficier de l'article 64 du » Code pénal, surtout quand on considère que 40 % environ » de ces malheureux sont des paralytiques généraux absolu- » ment inconscients et irresponsables. »

L'année dernière, au Congrès de Clermont, M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a apporté un mémoire ayant pour titre : *Note sur les aliénés recueillis après condamnation dans les Asiles publics de 1886 à 1890, et pour lesquels il semble qu'une expertise médico-légale eût évité la condamnation.* Par suite d'une modification à l'ordre du jour du Congrès de Clermont, la discussion n'a pu être engagée sur le travail de M. Monod. Ce travail a ensuite été publié dans le fascicule 47 du Conseil supérieur de l'Assistance publique. On y trouve relevés 271 cas ne faisant pas double emploi avec les 255 observations de M. Paul Garnier à Paris, pour la même période quinquennale. D'après les documents que nous avons ainsi entre les mains, le nombre des aliénés qui eussent évité une condamnation, si leur état mental avait été reconnu à temps, dépasserait en France, 500 pour une période de cinq ans. L'opinion publique peut être émue d'un pareil nombre d'erreurs judiciaires.

Dans la très grande majorité des cas, ces condamnations sont prononcées par les tribunaux correctionnels, et le plus souvent avec la procédure des flagrants délits, c'est à dire avec une instruction sommaire. Comme l'a fait remarquer à Bruxelles M. Motet, la loi sur les flagrants délits a le grand avantage de supprimer la détention préventive et il est difficile,

en pareil cas, de procéder à un examen médico-légal avant la comparution devant les juges : le temps manque. Mais, dans la discussion ouverte sur le rapport de M. Paul Garnier au Congrès d'Anthropologie criminelle, M. Motet s'est montré trop optimiste en disant : « Il peut arriver que, par ces jugements » rapides, un individu paralytique général soit absolument » méconnu; mais si cet individu, aliéné, est reconnu tel dans » les trois ou quatre jours qui suivent sa condamnation, y a-t-il » donc pour lui un grand dommage? Il existe dans les prisons » un service médical assez bien organisé pour que les aliénés » n'y soient plus maintenus. On les renvoie à l'Asile. » Ce qu'on peut répondre à M. Motet, c'est qu'il reste une flétrissure morale imméritée. M. Paul Garnier a dit que l'internement survenant presque aussitôt après le jugement était pour ainsi dire la *revision morale* du procès. Il y a mieux à faire, il faudrait une *revision effective*.

L'idéal serait qu'on n'eût plus à constater de condamnations prononcées parce que l'état mental du délinquant a été méconnu. Le nombre des erreurs peut être atténué en appelant l'attention des magistrats sur ce point. Peut-on les supprimer entièrement? C'est douteux, surtout avec la procédure sommaire des flagrants délits; mais, dans un très grand nombre de cas, l'erreur peut être facilement réparée, et c'est sur ce point que je désire appeler l'attention.

Au mois d'août 1888, j'ai été avec mon collègue de Quatre-Mares, commis par la Cour d'appel de Rouen pour examiner l'état mental d'un sieur D..., condamné par le tribunal de Pont-Audemer à quatre mois de prison et à la relégation pour outrage public à la pudeur. D... était appelant du jugement. Nos conclusions furent :

1° D... est atteint d'imbécillité;

2° Il est sujet à des impulsions instinctives et dangereuses dont il est irresponsable;

3° Il doit être mis à la disposition de l'autorité administrative pour être séquestré dans un Asile d'aliénés.

Ces conclusions furent admises par la Cour d'appel. Le jugement de Pont-Audemer fut réformé; D... fut acquitté et placé à Quatre-Mares. Par quel hasard D... avait-il fait appel du jugement qui l'avait condamné, c'est ce qu'il ne savait pas

bien lui-même, et la seule explication qu'il pût nous donner, c'est que ses camarades lui avaient dit « d'en rappeler ». J'ai signalé ce fait dans les *Annales médico-psychologiques*, revue de médecine légale (mai 1890), en ajoutant que c'était un exemple assez rare d'un jugement réformé par la Cour d'appel, pour cause d'aliénation mentale. J'en ai également fait mention au Congrès de Rouen, dans la discussion qui suivit la lecture du mémoire de M. Bailleul.

Un cas analogue s'est présenté pour moi l'année dernière. La Cour de Rouen, par arrêt du 2 août 1894 m'a commis pour examiner l'état mental d'une fille C..., condamnée par le tribunal de Rouen à treize mois de prison pour vagabondage, infraction à un arrêté d'expulsion et outrage à un magistrat. La fille C... était appelante du jugement. Mes conclusions furent :

1° La fille C... est une débile d'esprit atteinte d'excitation maniaque;

2° Elle doit être considérée comme irresponsable de ses actes;

3° Son état nécessite qu'elle soit mise à la disposition de l'autorité administrative, pour être maintenue dans un Asile d'aliénées.

La Cour d'appel réforma le jugement du tribunal de Rouen et prononça l'acquittement de la fille C..., qui fut maintenue à Saint-Yon, où elle avait été mise en observation. Par quelle circonstance avait-elle été amenée à faire appel, c'est ce qu'elle n'a jamais pu m'expliquer.

Dans ces deux observations, l'appel du jugement a été, si l'on peut s'exprimer ainsi, un cas fortuit, heureux. Il n'en est plus de même dans un nouveau fait tout récent, et pour lequel j'entrerai dans des détails plus étendus.

Le 18 mai 1895, je recevais à Saint-Yon une vieille femme, âgée de soixante-douze ans, venant de la prison de Rouen. Elle avait été condamnée trois jours auparavant à trois mois de prison pour vol. Je signalai dans mon certificat de vingt-quatre heures qu'elle était atteinte de démence sénile, qu'elle n'avait pas conscience d'avoir subi une condamnation, de venir de prison et d'être amenée dans un Asile.

Le chef de division chargé du service des aliénés, M. Brayard, pensa qu'il y avait lieu d'intervenir et soumit l'affaire au Préfet, La lettre suivante fut adressée au Procureur général :

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE-INFÉRIEURE

« Rouen, le 28 mai 1895.

» MONSIEUR LE PROCUREUR GÉNÉRAL,

» Marie D..., femme B..., âgée de soixante-douze ans, demeurant à » Darnétal a, par jugement du tribunal correctionnel de Rouen du » 15 mai courant, été condamnée pour vol à trois mois de prison.

» Trois jours après cette décision judiciaire, le Directeur de la prison » m'envoyait un certificat dont copie est ci-jointe et j'autorisais la séques- » tration de la femme B... à l'Asile Saint-Yon.

» Le certificat dit de *vingt-quatre heures,* délivré par le Directeur de » cet établissement et dont je joins également copie, confirme ce fait que » la pauvre vieille est atteinte d'aliénation mentale.

» Il y a lieu de penser par le rapprochement des dates que la femme » B... n'est pas responsable de ses actes et que c'est sous l'influence de » l'affection dont elle est atteinte qu'elle a commis le vol à raison duquel » elle a été condamnée. Cette condamnation constituerait dans ce cas, » pour la femme B... et sa famille, une flétrissure imméritée et il m'a » paru utile d'appeler sur cette affaire votre bienveillante attention pour » vous mettre à portée de prescrire, si vous le jugez convenable, une » enquête sur la situation d'esprit dans laquelle se trouvait la femme » B... au moment du vol, et d'examiner s'il n'y aurait pas lieu de faire » rapporter le jugement de condamnation.

» Agréez, etc. » *Signé :* HENDLÉ. »

Le 18 juin, je recevais la lettre suivante :

« Rouen, le 17 juin 1895.

» MONSIEUR LE DIRECTEUR,

» Mon attention a été appelée sur la nommée D... (Marie), femme B..., » condamnée le 15 mai dernier à trois mois d'emprisonnement pour » vols, par le tribunal de Rouen, qui a donné à la prison, deux jours » après sa condamnation, des signes d'aliénation mentale et qui a été » internée le 18 mai à l'Asile Saint-Yon.

» Si cette femme devait être considérée comme ayant été irresponsable » les 12 et 13 mai 1895, dates auxquelles elle a commis les vols qui ont » motivé sa condamnation, je n'hésiterais pas à user en sa faveur du » droit d'appel qui m'appartient, et à requérir de la Cour la réforma- » tion du jugement qui l'a frappée.

» J'ai fait procéder, en vue de rechercher quel était son état mental » avant son arrestation, à une enquête supplémentaire qui n'a pas » donné de résultats concluants.

» J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire connaître, à » cet égard, votre appréciation basée sur l'état actuel de cette femme, » ainsi que sur la nature de l'affection mentale dont elle est atteinte.

» Je crois utile de vous communiquer, avec le dossier de l'affaire, d'où » il résulte que la femme B... a déjà subi de 1857 à 1887 dix condamna-

» tions dont plusieurs pour vol, les pièces de l'enquête à laquelle j'ai fait » procéder et parmi lesquelles figure la déposition de M. le Dr B... (de » Darnétal) qui a donné des soins à cette femme dans le courant de cette » année et n'a rien remarqué en elle qui lui parût anormal.

» J'appelle également votre attention sur les dépositions des femmes » D... et T... qui, par contre, ont déclaré que la femme B... a tenu la » veille de son arrestation des propos incohérents.

» Mon droit d'appel expirant le 15 juillet, je vous serai obligé de vou- » loir bien me faire connaître votre appréciation le plus tôt possible, en » me retournant les pièces communiquées.

» Veuillez agréer, etc.

» *Le Procureur général,*

» *Signé :* RACK. »

Je répondis en ces termes :

« Saint-Yon, le 20 juin 1895. »

» MONSIEUR LE PROCUREUR GÉNÉRAL,

» J'ai l'honneur de vous retourner le dossier de la veuve B..., née D..., » condamnée le 15 mai dernier à trois mois d'emprisonnement et admise » à l'Asile Saint-Yon pour cause d'aliénation mentale le 18 mai, c'est à » dire trois jours après sa condamnation.

» Le certificat du Dr Delabost, médecin en chef de la prison, consta- » tait les signes de dérangement mental observés à la Maison d'arrêt. » La veuve B... se levait la nuit, s'habillait, se déshabillait, allait d'un » lieu à un autre, tenait des propos incohérents et troublait l'ordre de la » maison.

» De mon côté, j'ai observé un affaiblissement considérable de l'intel- » gence. A son entrée à l'Asile, la veuve B... n'avait pas conscience » d'avoir subi une condamnation, de venir de prison et d'être amenée » dans un établissement d'aliénées. Elle disait qu'elle était venue accom- » pagner une jeune fille et resterait deux ou trois jours pour l'habituer » à vivre ici. Elle se montrait très satisfaite de la réception qui lui » était faite.

» Les jours suivants, elle a présenté des périodes d'excitation pendant » lesquelles elle se montrait bruyante et désordonnée et tourmentait les » autres malades.

» Actuellement, elle est très déraisonnable, tient des propos incohé- » rents; elle s'empare de ce qui lui tombe sous la main, prend les » objets d'habillement de ses voisines, sans paraître avoir conscience de » ses actes.

» L'état de démence de la veuve B... est évidemment antérieur à sa » condamnation du 15 mai dernier, et je n'hésite pas à affirmer que la » veuve B... ne jouissait pas de ses facultés les 12 et 13 mai 1895. En » effet, il est d'observation courante qu'un semblable état de démence se » développe progressivement et ne peut pas se produire brusquement en » trois jours.

» L'examen du dossier que vous m'avez communiqué ne peut que me » confirmer dans cette opinion.

» Les actes incriminés sont des vols de la même nature que ceux qui » sont commis journellement à l'Asile par la malade sans que celle-ci » ait conscience de ce qu'elle fait. Elle est allée arracher des échalottes » dans le jardin d'une voisine pour les repiquer dans son jardin, com- » mettant son larcin en plein jour et sans chercher à se cacher. Elle a, » d'autre part, pris à la porte d'un chiffonnier un paquet de coupons » d'indienne qui ne pouvaient lui être d'aucune utilité, et que le fils B... » est allé rapporter chez le garde-champêtre.

» La veuve B... a, durant son existence, commis de nombreux délits, » surtout des délits forestiers, et a subi des condamnations variant de » cinq jours à deux mois de prison, de 1857 à 1887. Elle est loin d'avoir » eu une vie exemplaire; mais, aujourd'hui la déchéance de ses facultés » mentales est telle qu'on ne peut plus la considérer comme responsable » de ses actes.

» Comme vous me le faites remarquer dans votre lettre du 17 juin, » dans vos observations sur l'enquête à laquelle vous avez fait procéder, » la déposition du Dr B... est en opposition avec les déclarations des » autres témoins. Le Dr B..., dont l'attention n'avait certainement pas » été appelée antérieurement sur l'état mental de la veuve B..., n'a rien » observé d'anormal, mais cette déposition négative ne peut pas infirmer » les faits qui nous sont révélés par d'autres témoins. Le fils B... dit » que sa mère a été deux ans auparavant atteinte de paralysie de la » langue et a donné alors des signes de folie, qu'elle a été admise à » l'Hôtel-Dieu de Rouen où on a dû lui mettre la camisole de force. Elle » a eu probablement, à cette époque, un foyer partiel de ramollissement » cérébral et on peut faire dater de là le début de sa démence sénile. » Depuis ce moment, elle doit avoir eu plusieurs poussées congestives se » traduisant par les maux de tête signalés dans l'enquête, et se mani- » festant extérieurement par des actes extravagants et par des diva- » gations.

» Les propos rapportés par la femme D... et la femme T... « On va » me conduire à l'hospice. Je vais porter douze harengs frais à l'autel de » la Vierge. M. le Maire m'a mise à la Maternité, je vais gagner beau- » coup d'argent, j'habillerai mon fils en brument et ma petite fille en » blanc », sont des propos de dément.

» En résumé, la veuve B..., née D..., était atteinte de démence lors- » qu'elle a commis les vols pour lesquels elle a été condamnée à trois » mois de prison, par jugement du tribunal correctionnel de Rouen en » date du 15 mai dernier, et j'estime qu'elle aurait dû être considérée » comme irresponsable de ses actes. Je pense que vous ferez un acte de » justice en faisant appel de ce jugement du 15 mai dernier.

» Veuillez agréer, etc.

» *Signé :* A. GIRAUD. »

Le 6 juillet, la lettre suivante me fut adressée :

» Monsieur le Directeur,

» J'ai l'honneur de vous faire connaître que, par arrêt en date de ce » jour, la Cour d'appel de Rouen, statuant sur le jugement rendu le » 15 mai dernier par le tribunal de cette ville que je lui avais déféré, a » relaxé comme irresponsable lors des faits qui avaient motivé sa con- » damnation, la nommé Marie D..., veuve B..., internée le 18 mai 1895 » à l'Asile de Saint-Yon.

» Veuillez agréer, etc.

» *Le Procureur général,*

» *Signé :* Rack. »

Ce dernier cas diffère des deux précédents en ce que l'appel qui a fait réformer le jugement de condamnation n'est plus dû à une circonstance fortuite, mais a été provoqué à la suite d'une entente entre le Préfet et le Procureur général. La procédure a été très simple et sans frais. Le délai d'appel qui est de dix jours pour les parties, est, aux termes de l'article 205 du Code d'instruction criminelle, porté à deux mois pour le Procureur général. Or, dans la majorité des cas (on peut en juger d'après les relevés de M. Monod, la thèse du Dr Pactet, le rapport de M. le Dr Paul Garnier), les aliénés dont l'état mental a été méconnu au moment de leur condamnation sont transférés dans un Asile dans les deux mois qui suivent le jugement. La condamnation, à ce moment, n'est pas définitive et la flétrissure morale infligée à tort disparaît quand le jugement est réformé.

Il est à désirer que, dans la nouvelle loi sur les aliénés, des dispositions soient prises pour faire annuler toutes les condamnations dues à ce que l'état du malade était méconnu. Ce serait peut-être actuellement possible, en vertu de la loi du 8 juin 1895 sur la revision des procès criminels et correctionnels. Mais, en tout cas, ce qui vient d'être fait à Rouen, parce qu'un dossier a été examiné avec soin par un chef de division intelligent, pourrait être généralisé. Il suffirait d'une entente entre le Ministre de l'Intérieur et le Ministre de la Justice pour que des instructions soient données dans ce sens. Les Procureurs généraux pourraient être avisés du placement de tout individu transféré de la prison à l'Asile moins de deux mois

après une condamnation, et pourraient être invités à faire appel du jugement quand il paraît démontré que le tribunal a méconnu l'état mental du prévenu. J'ai l'honneur de proposer au Congrès de formuler un vœu dans ce sens. MM. Paul Garnier et Pactet ont demandé qu'un service médical soit organisé au Dépôt pour signaler les prévenus atteints d'aliénation mentale, mais ils n'ont eu en vue que Paris, et ce qui est possible dans la capitale paraît impraticable dans la province. D'ailleurs, un examen médical, nécessairement sommaire, pourrait difficilement ne pas laisser méconnus quelques cas d'aliénation mentale, et il est toujours d'intérêt public de ne pas laisser subsister la flétrissure morale imméritée.

Adoption d'un vœu. — A la suite de cette lecture, M. Giraud est invité à formuler un vœu, qui est adopté à l'unanimité par le Congrès. *(Voir aux Préliminaires.)*

M. LARROUSSINIE. — La dissimulation chez les aliénés.

Peu de travaux ont été faits sur cet important sujet. Quelques auteurs seulement avaient fait allusion à la dissimulation possible chez les aliénés. Il faut arriver à 1878 pour voir une observation plus complète publiée en France par le Dr Lafitte. Depuis 1882, M. Marandon de Montyel a cité divers cas de dissimulation. En 1889, il faisait paraître dans les *Annales d'Hygiène et de Médecine légale,* un article sur : « La dissimulation en aliénation mentale. » L'année précédente, M. le Dr Parant, dans son livre : *la Raison dans la Folie,* a consacré quelques pages à « la dissimulation dans la folie ».

Mais, aucun ouvrage portant spécialement sur ce sujet n'avait été écrit jusqu'à aujourd'hui. Il nous a semblé qu'il serait intéressant d'ajouter quelques observations à celles, peu nombreuses, qui avaient été portées à la connaissance du public médical, et qu'il serait peut-être utile de condenser les recherches faites sur la question qui nous occupe par nos prédécesseurs et nos maîtres.

Nous avons donc choisi pour sujet de notre thèse inaugurale, en 1893 : *la Dissimulation chez les aliénés.* Nous avons publié quelques exemples nouveaux, et nous avons surtout

emprunté à MM. Marandon de Montyel et Parant les observations les plus remarquables.

A la même époque, notre collègue d'internat, M. G. Lachau, soumettait à la Faculté de Paris sa thèse sur : *La dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique à évolution systématique.*

Il est certain que la dissimulation existe surtout chez les persécutés. Mais ces aliénés ne sont pas les seuls qui dissimulent; il nous semble qu'on n'a pas porté assez d'attention à la dissimulation chez les autres catégories d'aliénés.

M. Marandon de Montyel a été, croyons-nous, le premier qui ait appelé l'attention sur les mensonges des pyromanes. Nous savons tous combien les médecins aliénistes sont en butte aux soupçons, aux attaques les plus violentes. C'est presque un devoir, dans une grande partie du public, de croire que chacun de nous a sur la conscience un ou plusieurs internements arbitraires, et une certaine presse n'épargne rien pour entretenir cette idée, qui malheureusement a pénétré dans l'enceinte législative. Il suffit, en effet, de lire l'exposé des motifs de la proposition de loi sur le régime des aliénés pour y voir rappeler des cas de prétendues séquestrations arbitraires.

On y voit aussi citée avec une satisfaction évidente la réflexion suivante, faite par un député en 1838, au sujet du placement ordonné par l'autorité publique : « C'est la résurrection de la Bastille sous la forme d'une institution de bienfaisance. »

On entend souvent invoquer par les partisans d'une réforme radicale de la loi de 1838 les exemples de malheureux renfermés à tort, selon eux, et qui ne sont, en réalité, que des exemples de dissimulation. N'avons-nous pas tous, dans nos services d'Asiles et de Maisons de Santé, des malades qui, à première vue, seront jugés absolument sains d'esprit par les personnes les plus intelligentes, qui n'auront pas le temps de les examiner ou qui seront ignorantes de la médecine mentale. (Il est à remarquer que ce sont ces dernières qui nous attaquent avec le plus d'âpreté.)

Il est donc nécessaire de faire voir que la dissimulation est fréquente chez les aliénés, qu'il faut toujours être en garde

contre elle, et que, bien loin d'être l'apanage de ceux qui sont le moins atteints, elle se rencontre surtout chez les aliénés qui présentent les formes de folie les plus graves et les plus dangereuses pour eux et pour autrui. N'est-il pas pour nous de première importance de reconnaître qu'un malade dissimule, alors qu'il est dangereux pour les autres, ou qu'un malheureux qui se dit guéri, dans l'espoir bien légitime de sortir d'un Asile, doit y être conservé?

L'intérêt de ceux auxquels nous donnons nos soins, le souci de la sécurité publique, nous font une obligation de savoir dépister les tromperies de nos malades.

Nous l'avons dit plus haut : d'autres aliénés que les persécutés chroniques dissimulent. Si ces derniers cherchent trop souvent à déguiser leurs pensées pour pouvoir arriver à se venger de leurs persécuteurs, les autres dissimulent soit par intérêt (pour obtenir leur sortie de l'Asile, ou bien même, si leurs actes les ont fait conduire en prison, pour ne pas être dirigés sur l'établissement spécial où ils croient qu'ils resteront plus longtemps que dans un établissement pénitentiaire), soit par honte de leurs propres idées délirantes, et cela surtout chez les femmes. Nous avons observé deux cas de dissimulation de ce genre pendant notre internat dans les Asiles de la Seine.

Obs. I *(résumée).*

Malade atteinte de débilité mentale avec idées de persécution. S'était imaginée qu'un individu occupant une position au-dessus de la sienne l'aimait et voulait l'épouser, quoiqu'il n'eût jamais été question de cela.

La malade avoue que, sous l'influence de ses idées délirantes, elle s'est sauvée de chez ses patrons, qu'elle ne dormait plus et qu'elle ne voulait pas manger ; mais en ce qui concerne ses idées de mariage, nous n'avons jamais pu rien en obtenir. Elle ne voulait pas se marier, disait-elle; elle était honteuse qu'on pût l'accuser « de chercher à attirer un homme vers elle, même pour l'épouser ».

R... écrit à la personne en question et la lettre nous tombe entre les mains. A sa lecture, il ne pouvait y avoir de doute sur les sentiments qu'éprouvait R... Cependant, ayant sa lettre sous les yeux, elle continua à nier; elle soutint qu'elle n'avait écrit que pour que le nommé B... s'occupât de ses intérêts. « Ce monsieur a bien voulu me porter quelque intérêt, nous dit-elle, mais je vous répète que jamais je n'ai songé à une union avec lui. Ne parlons pas de cela; je vous ai déjà dit combien une conversation sur ce sujet me blessait. »

Nous avons eu affaire, évidemment, à une malade qui dissimulait par

honte; il lui semblait ridicule qu'on pût supposer qu'elle formât un projet de mariage avec une personne dont la position était au-dessus de la sienne, et, sur ce point, elle se montra intraitable et ne voulut jamais rien avouer.

Obs. II *(résumée).*

Malade atteinte de délire de persécution à forme systématique.

Cette malade dissimulait parfaitement les hallucinations de la sphère génitale, hallucinations dont l'existence nous avait été révélée par sa famille. Elle s'imaginait qu'on l'électrisait et avait mis des planches sous son matelas; elle avait, d'ailleurs, garni de même le lit de sa fille, qu'elle croyait en butte aux mêmes persécutions. « On n'aurait jamais, disait-elle, osé agir ainsi vis-à-vis d'elle, car le renom bien mérité d'honnête femme qu'elle possédait suffisait seul pour empêcher qu'on se livrât à de semblables indécences. »

Mais ce que cherchent le plus souvent les malades, c'est d'obtenir leur exeat. Tous ne procèdent pas de la même manière; les uns cachent une partie de leur délire, les autres le cachent entièrement.

Les premiers nieront, par exemple, l'existence de leurs hallucinations et emploieront toutes les ressources de leur intelligence à essayer de convaincre le médecin, mais ils ne tentent pas de tromper les autres sur leurs idées délirantes. Ils nient ce qu'ils croient devoir nier avec un sang-froid imperturbable, et bien souvent discutent de la manière la plus ingénieuse. Auprès de qui ne les connaît pas, ils passeraient facilement pour des gens qui peuvent vivre en liberté.

Les seconds nient tout, souvent avec la plus grande adresse; mais cette négation totale est moins habile que la négation partielle.

Obs. III *(résumée).*

Dissimulation d'une partie du délire. Femme atteinte de délire mélancolique avec hallucinations auditives, idées de persécution, insultes imaginaires. Plusieurs tentatives de suicide à la suite d'ordres envoyés par des personnes inconnues qui lui disaient : « Tue-toi ! »

Négation des hallucinations : « J'avais, dit la malade, des chagrins suffisants pour me tuer; cela peut arriver à tout le monde, et nombre de gens ont cherché à se détruire sans pour cela être fous. Si je n'avais pas eu de motifs, je n'aurais pas voulu me suicider uniquement pour obéir à des conseils ridicules, conseils qui, d'ailleurs, ne m'ont jamais été donnés. Quant aux motifs qui m'ont guidée, j'ai le droit de ne pas les faire connaître. » La malade a toujours dissimulé avec la plus grande habileté ses hallucinations; elle a fini par avouer qu'on lui avait ordonné

de se tuer, mais a nié tout le reste (insultes, électrisation); et si elle a reconnu avoir tenté de se suicider, c'est qu'elle avait été vue au moment où elle allait se jeter à la Seine.

Obs. IV *(résumée).*

Dissimulation totale. Femme atteinte de dégénérescence mentale héréditaire avec idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité générale. Nie absolument tout (hallucinations, idées délirantes). Rien dans l'attitude de la malade n'aurait dévoilé son état, si on ne l'avait pas surveillée attentivement. Au bout de deux mois seulement, on s'est aperçu qu'elle se bouchait les oreilles avec ses doigts, qu'elle mettait son tablier sur la tête; elle se mettait à l'écart et, dès qu'elle se sentait observée, elle gardait l'attitude d'une personne absolument saine d'esprit. Sa manière d'agir nous amena tout naturellement à penser qu'elle avait des hallucinations et qu'elle cherchait à les éviter. Enfin, au bout de plusieurs mois, nous réussîmes à capter la confiance de la malade, qui nous mit au courant de son délire.

La dissimulation totale est moins habile que la dissimulation partielle, car on ne peut croire que les certificats médicaux, que les renseignements donnés soient faux d'un bout à l'autre. Si on arrive à acquérir la confiance du sujet, si on le surveille attentivement, on finira par découvrir ses mensonges.

Mais il faut être bien convaincu de l'habileté vraiment extraordinaire de certains aliénés. M. Lafitte parle d'un malade qui, s'étant aperçu que c'étaient ses hallucinations et ses idées de persécution qui le faisaient considérer comme un aliéné, était arrivé à un tel degré de ruse et de dissimulation que, interrogé par des juges et par des médecins, il lisait sur des lettres écrites par lui, qu'on ne pouvait déchiffrer sans son concours, tout autre chose que ce qui était écrit si la phrase indiquée paraissait peu raisonnable. L'interdiction ne fut prononcée que sur le vu de ces lettres, qui dévoilaient les idées délirantes de ce malheureux.

Les aliénés ne se bornent pas toujours à dissimuler pour leur propre compte, mais il en est qui parviennent à faire dissimuler d'autres malades, ainsi que le prouve l'observation suivante due à M. Marandon de Montyel.

Obs. V *(résumée).*

Homme atteint de délire systématique, hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale, etc. Cet homme était arrivé à se moquer lui-même

de son délire, parce qu'il avait découvert que « les prétendus fous étaient les honnêtes gens que les méchants tourmentaient à l'aide de voix fabriquées, précisément à cause de leur honnêteté, afin de les empêcher d'entraver les projets des méchants ». Le malade, ayant découvert l'origine des voix, n'avait plus peur et, comme nous le disons, s'amusait de ses propres hallucinations et se moquait des autres aliénés.

Il fit une tentative d'évasion pour aller quérir la force publique, afin qu'on s'emparât des « chenapans qui avaient une fabrique de voix dans les caves d'une grande maison voisine de l'Asile ». Réintégré, il eut à subir les railleries du médecin; il résolut de se venger; mais, comme il ne pouvait se décider à mentir, il eut recours à un curieux procédé. Il avait soutenu à diverses reprises au médecin que, s'il ne détestait le mensonge, il pourrait dissimuler ses hallucinations et même ses conceptions délirantes.

Ce dernier lui soutenait le contraire.

P... amena alors un autre malade, très rusé et très menteur, à dissimuler progressivement ses hallucinations et ses conceptions délirantes jusqu'à apparence d'absolue guérison. Le dissimulateur sortit, mais, ainsi qu'il l'avait promis à P..., il se rendit au tribunal et dénonça en séance publique le tour qu'il avait joué au médecin.

Les dissimulateurs les plus dangereux sont les malades atteints du délire chronique de persécution à forme systématique.

En effet, quand le délirant systématique est parvenu à se persuader qu'une personne ou qu'une réunion quelconque d'individus (société, congrégation, etc.) sont causes des tourments qu'il endure, et qu'il croit fermement que son ou ses persécuteurs veulent lui faire perdre sa position ou bien le dénigrent auprès des siens ou de ses chefs, il ne voit trop souvent de salut pour lui que dans la disparition de ses ennemis. Et comme, parfois, il se rend parfaitement compte que des plaintes aux autorités ne seraient pas acceptées, que ce qu'il raconterait n'entraînerait point la conviction, ne pouvant avoir recours aux lois, il résout d'accomplir lui-même ce qu'il considère comme un acte de justice et il va frapper celui qu'il croit être son persécuteur ou qu'il s'imagine faire partie de telle ou telle réunion d'individus qui lui en veulent; il satisfait ainsi sa soif de justice en même temps qu'il se donne la satisfaction de venger ses propres injures.

Dans la première période, peu encore sûr de lui, il a peur qu'on ne le raille et dissimule par honte. C'est à la seconde période que le délirant systématique est le plus dangereux. A

la troisième période, les idées de grandeur sont très souvent dissimulées, ainsi que les transformations de la personnalité.

Dans sa thèse, le Dr Lachau rapporte les preuves les plus absolues de dissimulation des idées de grandeur.

Obs. VI *(résumée).*

Quelques sujets avouent certains de leurs actes, mais cherchent à les expliquer, ainsi que l'a fait une nommée B..., que nous avons vue à Vaucluse, et qui avait menacé de mort avec un revolver chargé les personnes qu'elle accusait de la magnétiser.

Quand nous lui rappelons qu'elle se disait magnétisée, elle répond que ce qu'elle a ressenti « ce sont des tours pour faire enfermer le monde, qu'elle n'y attache plus aucune importance. Qu'on la laisse sortir et peu lui importeront les expériences magnétiques; il n'y a, dit-elle, qu'à ne pas s'occuper de ces sortes de choses et à les mépriser. Quant à ses idées de grandeur, elle les nie absolument, ignorant que nous avons en mains ses lettres qui prouvent qu'elle se croyait appelée à jouer un rôle politique. « Je ne demande, dit-elle, qu'à retourner dans mon pays natal et à me faire oublier, puisqu'on ne veut pas me laisser aller à Paris. »

Cette dissimulation n'est-elle pas habile, et la plupart des gens ne seraient-ils pas trompés et ne croiraient-ils pas que B... peut être mise en liberté? Si elle se moque de ses hallucinations, dira-t-on, c'est qu'elle est guérie; et pourquoi alors ne pas la faire sortir de cet Asile où elle est enfermée? Quel mal peut-elle commettre? Auprès du vulgaire, un tel raisonnement paraît victorieux. Or, la malade dont nous parlons est à la troisième période d'un délire systématisé, c'est à dire que les plus grandes précautions doivent être prises à l'égard de cette femme, qui s'est livrée, ainsi que nous le disons plus haut, à des actes dangereux.

Malheureusement, il est arrivé trop souvent que des aliénés dangereux ont obtenu leur sortie, grâce à leur dissimulation, et ont pu commettre les attentats les plus affreux.

Obs. VII *(résumée).*

Dans un cas cité par M. Marandon de Montyel, un jeune homme, prétendant que sa mère cherchait à l'empoisonner parce que son père avait fait un testament en sa faveur, tira un coup de fusil sur cette malheureuse femme et la blessa. Interné à la suite d'une expertise médico-légale, il parvint, au bout de quinze mois, à si bien cacher son délire,

ses hallucinations, qu'on put le croire presque guéri ; il affectait d'avoir pour sa mère les meilleurs sentiments, il la fit demander et se montra si affectueux que cette dernière demanda la mise en liberté du malade. Le médecin de l'Asile refusant d'accorder la sortie, la famille s'adressa au Parquet, qui nomma trois experts pris dans la localité, médecins étrangers aux choses de la folie. Après un an d'hésitation, le malade fut rendu aux siens. Le lendemain de sa sortie, il se présentait à l'Asile. Dans la nuit, il avait tué sa mère à coups de hache ; il venait, disait-il, se constituer prisonnier. Auparavant, il avait écrit au Procureur de la République pour le remercier d'avoir facilité cet acte de justice, qui mettait un honnête homme à l'abri des misères qu'on lui infligeait depuis tant d'années. Dans sa lettre, il avouait sa dissimulation.

Obs. VIII (*résumée*).

M. Parant a publié, dans son livre sur *la Raison dans la folie,* l'observation d'un nommé V... qui, croyant que sa femme le trompait chaque nuit, sous ses yeux, l'avait menacée de telle sorte que son internement avait été jugé nécessaire. Mais il parvint à si bien dissimuler que la famille exigea la sortie ; il partit. Le soir même, il dînait chez lui en compagnie de quelques amis. Mais, quelques heures plus tard, V..., resté seul avec sa femme, l'éventrait, la coupait en morceaux, mettait le feu chez lui et allait ensuite tranquillement se constituer prisonnier.

Je crois qu'il ressort des faits que j'ai cités un enseignement dont peuvent tirer parti, non seulement les aliénistes dans l'intérêt de leurs malades et dans celui des familles de ces derniers, mais encore les législateurs qui, bientôt, auront à se prononcer sur la refonte de la loi de 1838. Les magistrats aussi devraient connaître la dissimulation des aliénés, puisqu'ils peuvent ordonner la mise en liberté immédiate des malades. J'irai jusqu'à ajouter que certains faits, répandus dans le public, ne pourraient qu'être utiles à la société. Quand on saurait que des fous peuvent avoir assez de puissance sur eux-mêmes pour cacher leurs idées délirantes et même leurs hallucinations, on apporterait plus de sang-froid dans l'examen des questions touchant au traitement des aliénés, et on comprendrait combien nous avons raison de nous montrer circonspects et de nous assurer de toutes les garanties avant de rendre à la liberté les malheureux qui ont été confiés à nos soins.

Je n'ai voulu que citer des faits. Les conclusions (observation attentive des malades dangereux, captation de leur con-

fiance, encouragements donnés à ces malades pour qu'ils écrivent, et qu'ainsi leurs écrits nous dévoilent, comme cela s'est vu parfois, ce qu'ils persistent autrement à nous cacher), les conclusions, dis-je, s'imposent d'elles-mêmes, et nous croyons que cette question si grave de la dissimulation chez les aliénés mérite une étude attentive.

EXCURSIONS ET BANQUETS

DU CONGRÈS

EXCURSIONS ET BANQUETS DU CONGRÈS

Avant de donner le compte rendu sommaire des excursions et des banquets du Congrès, nous tenons à remplir un devoir de reconnaissance envers tous ceux qui ont bien voulu contribuer au succès de la partie matérielle et agréable de notre réunion.

Au nom du Bureau, comme au nom de tous les membres adhérents, nous offrons donc nos remerciements bien sincères: aux Compagnies de chemins de fer qui, presque toutes, sur les pressantes démarches de M. le Président Joffroy, aidé de nos confrères, M. Brouardel, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, MM. les sénateurs Théophile Roussel, Léon Labbé, Goujon, nous ont accordé une réduction importante sur leurs tarifs habituels; à la Société Philomathique de Bordeaux, qui, après avoir solennellement reçu les membres du Congrès à la séance d'ouverture, nous a offert l'avantage du demi-tarif sur le prix d'entrée à l'Exposition, si intéressante et si réussie; à la Faculté de Médecine de Bordeaux et à son éminent Doyen, notre Président de demain, M. Pitres, qui ont si confortablement hospitalisé le Congrès; à l'Administration et à la Commission de surveillance des Asiles d'aliénés de Château-Picon et de Cadillac, dont la réception a été si somptueuse et si cordiale; à la Municipalité et à nos excellents confrères de Royan qui, après nous avoir libéralement transportés en bateau spécial et reçus en un superbe banquet, nous ont fait d'une façon exquise les honneurs de leur admirable station balnéaire; à la Direction de l'institution nationale des Sourdes-Muettes de Bordeaux, à son médecin, M. le professeur Coyne et aux Religieuses qui, sur l'initiative de M. Monod,

Directeur du Bureau d'Hygiène et de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur, nous ont ouvert toutes grandes les portes de cet établissement modèle; à l'Administration préfectorale de la Gironde, en particulier à M. le Préfet et à M. Olivier, chef de division, qui nous ont permis de visiter la Maison pénitentiaire et correctionnelle de jeunes filles de Cadillac, au château des anciens ducs d'Épernon, etc.

Nous n'aurions garde d'oublier les propriétaires des grands crus de la Gironde, MM. Désir Lafon, Raymond Lafon, J. Merman, Ferdinand Bouffard, baronne James de Rothschild, Bellot des Minières, barons A., G. et E. de Rothschild, qui nous ont adressé, pour notre banquet, une collection vraiment royale de leurs meilleurs vins.

A tous, nous disons merci!

Banquet par souscription du Congrès.

(Samedi soir 3 août.)

A sept heures, après une journée de travail des mieux remplies, soixante-quinze convives se trouvent réunis au Moulin-Rouge, où le traiteur délicat, M. Cougul, avait préparé le banquet du Congrès. M. Joffroy préside, ayant à ses côtés M. le Préfet de la Gironde, M. le Premier Président Delcurrou, M. l'Inspecteur général Drouineau, M. le Dr Lande, adjoint, délégué du Maire de Bordeaux, M. Calmon, Président du Tribunal, MM. les Directeurs des Asiles de Cadillac et de Château-Picon, et d'autres invités de marque. Un certain nombre de dames, aimables et charmantes, assistent à cette fête.

Le menu est une œuvre d'art. Sur une face, en un diptyque intentionnel, symbole de la fusion de la psychiâtrie et de la neurologie françaises, on voit les deux tableaux connus: *Pinel à la Salpêtrière, faisant tomber les chaînes des aliénés — Charcot à la Salpêtrière, démontrant les phénomènes de l'hystérie.*

Sur l'autre face, en un diptyque non moins suggestif, s'étalent la gamme des mets et la gamme des vins, dont voici la nomenclature :

VINS

Château Désir Lafon (Haut-Sauternes)................. 1890
Offert par M. D. Lafon, propriétaire.

Château Raymond Lafon (Haut-Sauternes).............. 1876
Offert par M. R. Lafon, propriétaire et Maire de Sauternes.

Château de Marbuzet (Saint-Estèphe).................. 1881
Offert par M. J. Merman, propriétaire.

Château Pavie (Saint-Émilion)........................ 1890
Offert par M. Ferdinand Bouffard, propriétaire.

Château Mouton-Rothschild (Pauillac)................. 1878
Offert par Mme la baronne James de Rothschild, propriétaire.

Château Haut-Bailly (Léognan)........................ 1878
Offert par M. Bellot des Minières, propriétaire.

Château Lafite (Pauillac)............................ 1870
Offert par MM. les barons A., G. et F. de Rothschild, propriétaires.

CHAMPAGNE PERRIER-JOUET.

Fine-Champagne....................................... 1848
Offerte par MM. de Laâge fils et Cie (de Cognac)

C'est un menu de choix. Aussi y fait-on le plus grand honneur, particulièrement aux vins exquis du Haut-Sauternes, du Médoc, de Graves et de Saint-Émilion, que les initiés surtout dégustent avec une fervente admiration.

Durant tout le banquet, les conversations sont des plus animées; on cause, on rit; la joie et l'esprit débordent de partout, comme le nectar.

Au champagne, M. Berniquet, Préfet de la Gironde, se lève et, dans un toast très heureux et très applaudi, boit tout d'abord à M. le Président de la République, puis au Congrès, enfin aux vins de la Gironde qui, sans provoquer l'alcoolisme, donnent à tous la vie et la gaité.

M. Joffroy, Président du Congrès, boit au Préfet qui, par son amabilité, rend la tâche difficile à ses collègues pour les prochains Congrès; à la Magistrature qui, pour un mariage de raison, a tendu la main à la Médecine, à ses collaborateurs du Bureau et à l'organisateur du banquet, M. Régis; aux membres étrangers.

M. le professeur Roth (de Moscou) et M. Marinesco (de Bucharest) lèvent leur verre à la science française qui éclaire le monde et aux savants français. M. Marinesco rappelle que M. Alfred Binet vient d'être appelé à Bucharest par le gouvernement roumain pour y fonder un enseignement de psychologie expérimentale.

M. Gilbert Ballet, Vice-Président, porte un toast à M. Joffroy, le distingué Président du Congrès.

M. Régis boit aux dames, aux rapporteurs : MM. Ritti, Brissaud, Parant, et aux représentants de la presse au Congrès.

Entre temps, M. le prince Galitzine, directeur des caves de S. M. l'Empereur de Russie, en ce moment à Bordeaux à l'occasion de l'Exposition, fait gracieusement parvenir au Président la dernière bouteille de vin de Tokay existant dans les caves impériales. « Du vin de Tokay à des aliénistes, dit notre confrère M. Tissié, serait-ce une épigramme ? »

A onze heures, la fête prend fin et on se sépare, sous une pluie débordante. La vérité nous oblige à dire que c'est la seule eau qui ait figuré à ce banquet. Revanche du Ciel, sans doute.

Visite et Banquet de l'Asile d'aliénées de Château-Picon.

(Dimanche matin 4 août.)

Le dimanche 4 août, à neuf heures et demie du matin, les Congressistes étaient rendus à l'Asile d'aliénées de Château-Picon, banlieue de Bordeaux, où ils étaient reçus par M. le D[r] Calès, Directeur de l'Asile, et le personnel administratif, M. le D[r] Pons, médecin en chef, et le personnel médical, la Commission de surveillance de l'Asile au complet, ayant à sa tête son Président, M. Calmon, Président du Tribunal civil de Bordeaux.

L'Asile est coquettement décoré et pavoisé par les soins de M. Campana, receveur-économe. On procède à sa visite et on parcourt successivement les services généraux, les divers

quartiers des indigentes, enfin le pensionnat. L'impression qui se dégage de cette visite, chez les membres du Congrès, est une impression très favorable. Çà et là, comme partout, quelques critiques se font jour, relatives à un point de construction ou d'aménagement, mais dans son ensemble, l'Établissement, qui date à peine de quelques années, est considéré par tous les visiteurs, compétents au premier chef, comme bien installé et bien dirigé.

Le pensionnat, en particulier, paraît très confortable et même, par endroits, luxueux. Lorsqu'il sera complété par les annexes en projet, il laissera peu à désirer.

Quant à l'Asile, il est lui-même en voie d'agrandissement et ne tardera pas à s'augmenter, notamment, d'un quartier spécial de traitement et d'éducation pour les jeunes filles arriérées, idiotes et, sans doute aussi, épileptiques simples, non aliénées.

Après cette visite, qui a duré une heure et demie, les retardataires et les dames rejoignent le gros des Congressistes et on se dirige vers la salle ou plutôt vers les salles du banquet, car il n'en a pas fallu moins de quatre pour loger les invités au nombre de près de cent quarante. Mais, par une disposition heureuse, trois de ces salles s'ouvrent perpendiculairement sur la quatrième, où se trouve la table d'honneur, qui leur sert ainsi de trait d'union. Et rien n'est plus curieux et plus amusant comme de voir, à divers moments du repas, les applaudissements et les rires, partis d'un point, s'étendre et se propager de proche en proche et de table en table, ainsi que des ondes, pour s'éteindre et mourir finalement dans un petit coin, où l'on entend applaudir et rire de confiance, sans savoir ce dont il s'agit, longtemps après la cessation de tout bruit au point initial.

M. Joffroy, Président du Congrès, préside et autour de lui nous remarquons, à la table d'honneur : M. le Dr Calès, Directeur, M. le Dr Pons, médecin en chef de Château-Picon ; M. Calmon, Président et MM. Clouzet, Saignat, Preller, membres de la Commission de surveillance; M. Berniquet, Préfet de la Gironde; Delcurrou, Premier Président de la Cour d'appel; Drouineau, Inspecteur général des Asiles; Gruet, Obissier-Saint-Martin, Députés de la Gironde; Dr Deschamps, Conseiller général de la Seine; Bayssellance, ancien Maire de Bordeaux;

Dr Lande, adjoint au Maire, M. Pitres, Doyen, MM. Vergely, Coyne, Picot, Piéchaud, Bergonié, Denucé, professeurs de la Faculté de Médecine de Bordeaux; MM. Raymond, professeur à la Faculté, Bourneville, Babinski, médecins des hôpitaux de Paris; MM. Francotte et L'Hoest (de Liège), Roth (de Moscou), Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg), Marinesco (de Bucharest), Béca (du Chili); MM. les Drs Bourru, Directeur de l'École principale de Santé de la Marine, Challan de Belval, médecin en chef de l'Hôpital militaire; MM. Ballet, Garnier, Vice-Présidents, Ritti, Parant, Rapporteurs, Régis, Secrétaire général, Tissié, Roubinovitch, Secrétaires du Congrès; MM. Paul Delmas, Giraud, Doutrebente, Charpentier, Vallon, Jules Voisin, Klippel, etc.

Mmes Pitres, Joffroy, Ritti, Régis, Giraud, Delaye, Rayneau, Belle, assistent à ce banquet.

Le menu, artistiquement illustré de vues de l'Asile et d'attributs médicaux, est somptueux et exquis, et ce qui est peut-être plus rare, admirablement servi, malgré le nombre considérable de convives. Jamais le Congrès, jamais aucun Congrès ne sera reçu de la sorte, et la Commission de surveillance de l'Asile d'aliénées de Bordeaux pouvait seule organiser une pareille réception. C'était l'avis de tous ceux qui ont eu la bonne fortune d'y assister.

Voici, pour l'édification des lecteurs, la nomenclature des vins :

VINS

Grand ordinaire Château Picon (sur table).....	1892
Château Lafon (Sauternes).................	1890
Château Mouton-Rothschild.................	1891
Château Léoville-Barton.....................	1888
Château Haut-Brion.........................	1887
Château Haut-Bailly.........................	1890
Château Pichon-Longueville.................	1878
Château Palmer..............................	1875

CHAMPAGNE.

Inutile de dire que le plus grand honneur est fait au menu. Pas la moindre trace de sitiophobie dans l'assistance. Et le Congrès avait déjà banqueté la veille au soir!

Au champagne, M. Calès, Directeur de l'Asile, se lève et prononce le toast suivant :

Messieurs,

Avec la population bordelaise, sympathique à tout ce qui se rattache au domaine de la science, nous nous félicitons de la bonne fortune qui nous advient de vous posséder au milieu de nous et de pouvoir vous exprimer combien votre présence nous est un encouragement précieux pour accomplir, sans défaillance, les devoirs qui nous sont imposés.

Après votre passage à Picon, cette tâche nous sera d'autant plus facile que le nom de chacun d'entre vous est une incitation à rechercher, non seulement l'aide de vos conseils, mais surtout à se conformer aux enseignements que vous nous prodiguez par la parole, le livre, l'imprimé, afin de nous guider dans la voie ardue que nous suivons.

Aujourd'hui, grâce à la presse, nul n'ignore que chacune de vos assises a, comme but, la recherche de solutions physiologiques, médicales, thérapeutiques, entourées de difficultés, et des études minutieuses tendant à apporter la lumière dans les parties obscures caractérisant la plupart des affections mentales.

Le monde savant applaudit à la conscience de vos travaux, à la persévérance que vous ne cessez de déployer, et le public qui sent l'importance du problème que vous avez à résoudre, ne vous ménage point ses encouragements.

On sait aussi que si le succès ne répond pas toujours à l'intensité de vos efforts, il est cependant un fait indéniable, c'est que c'est à eux qu'il est dû de voir le traitement des aliénés devenir plus rationnel et perdre la nature barbare qui lui était autrefois particulière.

Si cette malheureuse catégorie de malades a subi pendant des siècles l'exorcisme, la torture et, trop souvent, hélas ! le bûcher, maintenant, de par l'intervention de la science, il n'en est plus de même. — Les hommes de la génération de 1792 : Pinel, Esquirol, illustres compatriotes dont le Midi peut s'enorgueillir à juste titre, ont détruit ces coutumes tortionnaires et sanglantes.

A l'heure actuelle, si l'aliéné doit être généralement écarté du milieu social afin de sauvegarder la sécurité de ses semblables; si, parfois, il doit être étroitement surveillé pour que sa démence ne soit pas nuisible à lui-même, il n'est plus du moins un paria en butte aux violences, aux brutalités, croupissant dans l'abjection. S'il ne compte pas au nombre des citoyens, n'en possède plus les droits, il est protégé par les pouvoirs publics. La présence dans cette enceinte du délégué de M. le Ministre de l'Intérieur, M. l'Inspecteur général Drouineau, le démontre, et ce que vous venez de voir en parcourant l'Asile vous donne l'assurance que les malades sont entourés de sollicitude, de soins que rien ne lasse et ne rebute.

En outre, largement, sans hésitation, le pays s'impose des sacrifices pour édifier des Asiles nouveaux, modifier ceux des Asiles ne répondant plus aux exigences de l'hygiène et améliorer la situation des malades en leur procurant du bien-être, du luxe même, pour autant que possible adoucir les tristesses de l'internement.

Messieurs, tels sont, brièvement exposés, les résultats obtenus par le développement des idées d'humanité, l'action des Congrès, la propagande des journaux.

Cet ensemble sera bientôt complété, espérons-le, par une législation plus en harmonie avec les besoins du moment, offrant moins de lacunes que la loi édictée en 1838.

Aussi, Messieurs, chers Confrères, comme expression de reconnaissance pour l'œuvre accomplie, pour ce que l'avenir nous laisse entrevoir comme progrès, pour tout ce que les sentiments de miséricorde, de charité doivent à votre ligue, permettez-moi de lever mon verre en l'honneur des médecins aliénistes et neurologistes, membres de ce Congrès, de son éminent Président, de M. l'Inspecteur général, ainsi que des inspirateurs ou collaborateurs dévoués qui nous secondent, non seulement dans l'administration supérieure, mais dans le département où continuellement nous avons recours à leurs avis éclairés. . . .

Messieurs,

Par cette température torride, alors que le champagne est frais, qu'il est agréable au goût, l'axiome de droit *(non bis in idem)* n'est point à respecter. Aussi je vous invite à remplir vos coupes et à porter avec moi un toast à M. le Président de la République, dont l'attitude loyale, la droite raison, les qualités de cœur ont su réunir autour de son nom les sympathies populaires et conquérir l'adhésion de tous ceux qui, sous le drapeau actuel de la France, ont foi dans la grandeur et les destinées glorieuses de la patrie.

M. Joffroy, Président du Congrès, adresse des félicitations à l'Administration de l'Asile; elle en est digne; elle renferme dans son sein des hommes qui cherchent le mieux par la science. Pourtant il y a beaucoup à faire non seulement à Bordeaux, mais partout, même à Paris, et revenant sur le désir qu'il a déjà exprimé, il souhaite qu'un enseignement officiel des maladies mentales, *avec stage scolaire des étudiants,* soit institué dans les Facultés de Médecine. Bordeaux voudra être la première ville de France où cette réforme nécessaire doit être accomplie, car elle le peut. L'instruction doit être donnée non seulement par les professeurs des Facultés, mais aussi par tout médecin des hôpitaux spécialiste. M. Joffroy porte un toast à M. Calmon, Président de la Commission de surveillance, et à M. Calès, le Directeur de l'Asile.

M. Drouineau, Inspecteur général, délégué de M. le Ministre de l'Intérieur, répond à M. Joffroy que son département et celui du Ministère de l'Instruction publique sont d'accord en

principe pour la création de tels cours, mais certains détails restent encore à régler; il espère qu'on trouvera un *modus vivendi* à établir entre l'Administration et l'Université. Les Congrès doivent servir à indiquer la voie à suivre à l'Administration. Il porte un toast à M. Pons, le distingué médecin de l'Asile.

M. Pons remercie.

Le banquet terminé, les Congressistes se divisent : les uns se dirigent vers l'Athénée, où a lieu l'ouverture officielle du Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences; les autres se rendent à l'Institution nationale des Sourdes-Muettes où ils sont attendus. Nous les y suivrons.

Visite de l'Institution nationale des Sourdes-Muettes.

(Dimanche soir, 4 août.)

Sur le désir exprimé par M. Monod, Directeur du Bureau de l'Assistance publique et de l'Hygiène au Ministère de l'Intérieur, le Congrès avait inscrit à son programme la visite de l'Institution nationale des Sourdes-Muettes de Bordeaux. Cette visite a eu lieu le dimanche 4 août, à trois heures et demie, à l'issue de la réception de Château-Picon. Sous la conduite aimable de M. Cavé-Esgaris, Directeur, et de M. le Dr Coyne, médecin en chef, les visiteurs parcourent les diverses parties de l'Établissement, fort bien aménagé, puis ils s'arrêtent successivement dans chacune des classes où, bien que dimanche, ont lieu à notre intention les cours habituels. On suit ainsi dans son mécanisme et dans ses étapes progressives cette admirable méthode d'instruction qui, par une sorte de suppléance du sens de la vue à celui de l'ouïe, fait de malheureux enfants sourds-muets des êtres comprenant, parlant, communiquant par le langage articulé avec leurs semblables, arrivant même à une instruction assez élevée.

Nous cherchons à nous rendre compte, au passage, par l'aspect des stigmates extérieurs, du nombre approximatif de

dégénérés qui peuvent exister parmi ces jeunes sourdes-muettes, car les rapports de la dégénérescence et de la surdi-mutité constituent pour nous une question des plus intéressantes. Il en existe certainement, mais fort peu, autant du moins qu'on en peut juger par un examen aussi rapide. Mais il faut dire qu'une sélection est faite au préalable et qu'on n'admet dans l'Institution que les enfants susceptibles de bénéficier de l'instruction qui y est donnée.

Au cours de la visite, les Congressistes s'entretiennent avec les élèves et c'est merveille de voir avec quelle promptitude, avec quelle précision et avec quelle gracieuseté elles répondent aux questions, souvent difficiles, qui leur sont posées. Il règne là une hygiène, un ordre, un bon ton, une intelligence des méthodes pédagogiques véritablement remarquables et qui font honneur aux maîtresses comme au Directeur et au médecin de la Maison.

Pour finir, tout ce petit monde se réunit dans une des cours de récréation et là, méthodiquement rangé, se met à crier à plusieurs reprises, distinctement et avec un ensemble parfait : « Vive le Congrès ! » Après quoi, la troupe se débande et se livre devant nous à ses ébats et à ses jeux.

Nous nous retirons à la fois enchantés et émus de ce spectacle et pleins d'admiration pour les résultats obtenus dans cet établissement modèle.

Excursion et Banquet à l'Asile d'aliénés de Cadillac.

(Mardi 6 août.)

Les travaux proprement dits du Congrès ayant été clos le lundi soir 5 août, les deux dernières journées ont été consacrées à deux grandes excursions. Le mardi 6 août a eu lieu celle de Cadillac, à 44 kilomètres de Bordeaux.

A huit heures, les Congressistes, au nombre de quatre-vingts environ, dont plusieurs dames, se trouvaient réunis à la gare du Midi (Saint-Jean), d'où le train les amenait, en

wagons spéciaux, jusqu'à Cérons. Là, des omnibus, préparés par les soins de l'Asile, les attendaient pour les transporter à Cadillac, distant de quelques kilomètres.

Malheureusement, à ce moment, un accident est survenu, qui a failli gâter et attrister cette journée s'annonçant si bien. M. le Dr Tissié, Secrétaire du Congrès et rédacteur de ses comptes rendus dans *La Gironde,* voulant prendre place sur l'impériale d'un omnibus dans la cour de la gare de Cérons, a été, par suite d'un mouvement des chevaux, précipité sur le sol et dans sa chute s'est fait des contusions qui, heureusement, n'ont pas eu de suites graves, mais qui ont nécessité son transport immédiat à son domicile, après qu'il a eu reçu les soins empressés de ses confrères [1].

Un peu remis de l'émotion bien légitime provoquée par ce déplorable accident, les Congressistes remontent en omnibus et arrivent à la Colonie agricole de l'Asile, où sont hospitalisés une centaine d'aliénés chroniques ou convalescents, employés à l'entretien des vignes et des cultures maraîchères. On admire, sous la conduite de M. Gauckler, Directeur, la bonne tenue de la propriété et le calme des malades qui bénéficient là de la vie au plein air et des exercices si salutaires du corps. On goûte aussi l'excellent vin blanc du cru qui, suivant sa coutume, ne tarde pas à exciter l'entrain, la gaîté et l'appétit.

C'est donc avec une satisfaction non déguisée qu'arrivés à l'Asile, vers midi et demi, à l'issue de cette promenade, nous nous mettons à table. Le déjeuner, comprenant cent vingt couverts, a lieu dans l'immense salon du pensionnat, coquettement décoré.

M. Joffroy, Président du Congrès, préside, ayant à ses côtés, à la table d'honneur : MM. Berniquet, Préfet de la Gironde; Calmon, Président du Tribunal civil; Drouineau, Inspecteur général des Asiles; Pierre Laffitte, professeur au Collège de France, l'apôtre du positivisme; Gauckler, Directeur de l'Asile; Caillau, médecin en chef; Dubourg, Maire de Cadillac, Prési-

[1] Un grand nombre de membres du Congrès, pleins de sollicitude pour leur aimable confrère, ont tenu, avant leur départ, à aller prendre des nouvelles de M. le Dr Tissié, qui en a été fort touché. Aujourd'hui et depuis longtemps, M. Tissié est entièrement rétabli, ne gardant de sa chute, qui eût pu être si grave, que le souvenir des marques de sympathie qu'il a reçues et qu'une curieuse observation d'amnésie traumatique, faite sur lui-même et, on peut le dire, vécue.

dent de la Commission de surveillance; Guillemin et Sauteyron, membres de la Commission, et tous les délégués étrangers.

Le menu était excellent et les vins des mieux choisis.

Le premier toast a été porté par M. Gauckler, Directeur de l'Asile, qui a adressé la bienvenue aux Congressistes et tout particulièrement aux dames qui faisaient partie du voyage. En terminant, M. Gauckler a porté la santé des membres du Congrès, de son Président et, enfin, du Président de la République.

M. Joffroy a fait l'éloge de M. Berniquet, Préfet de la Gironde et a adressé des compliments aux médecins des Asiles. Il a bu à la santé du Préfet, du Directeur de l'Asile, des membres de la Commission de surveillance et de M. Caillau, médecin en chef.

A signaler le toast de M. Pierre Laffitte, qui a porté, avec infiniment d'humour et d'esprit, la santé des dames. Malheureusement, les convives les plus rapprochés ont seuls pu goûter la saveur de cette fine improvisation. Dans le fond de la salle — il n'est rien de tel que le vin blanc de Cérons pour délier les langues — les conversations étaient si animées, qu'elles dominaient et couvraient même par instants la voix de l'orateur.

M. Doutrebente, médecin en chef Directeur de l'Asile de Blois, a terminé la série des toasts en portant la santé, très applaudie, des Congressistes nouvellement mariés, présents au banquet.

A l'issue du repas, on doit procéder à la visite de l'Asile. Mais des groupes se sont formés, où l'on commente avec ardeur certaines décisions relatives au prochain Congrès, qui paraissent ne pas donner satisfaction à tout le monde. Le temps se passe ainsi, en discussions vives, bruyantes, et c'est à peine si une partie des membres du Congrès peuvent, sous la conduite du Directeur et du médecin en chef, parcourir rapidement les divers quartiers de l'Asile et les divers pavillons du pensionnat, fort bien tenus du reste.

L'heure est venue d'aller visiter, avant de partir, le magnifique château des ducs d'Épernon, où est installée depuis quelque temps, au lieu et place de l'ancienne Maison centrale

des femmes, une Maison correctionnelle et pénitentiaire de jeunes filles. Habituellement, on ne visite du château que le bâtiment lui-même et surtout ses cheminées monumentales, dont l'une, la plus célèbre, est due à Jean Goujon. Par une autorisation spéciale de M. Berniquet, Préfet de la Gironde, les Congressistes ont pu voir les jeunes détenues et même en examiner quelques-unes, choisies à dessein par M. le Dr Cazaux (de Langoiran), médecin de l'établissement, qui avait fait préparer, en vue de cet examen, une sorte de fiche médicale pour chacune d'elles.

Ceux des Congressistes qui ont assisté à cette séance de clinique *médico-pénitentiaire* ont été vivement intéressés. Ils ont pu se convaincre, en effet, — ce qu'ils soupçonnaient simplement *à priori* jusqu'alors — que les jeunes criminels sont très souvent des dégénérés. Ils ont pu constater, en outre, que la plupart des sujets examinés étaient des filles d'*alcooliques* et qu'au point de vue des stigmates, elles présentaient surtout : physiquement du *strabisme* et des malformations auriculaires et palatines; moralement, de la perte du sens moral et de la dépravation sexuelle.

Cette visite à la Maison correctionnelle, faite sous la conduite de M. Pancrasie, Directeur; de Mmes Derué, inspectrice, et Lebel, surveillante; enfin, de notre aimable confrère, M. le Dr Cazaux, a été, à tous les points de vue, d'un vif intérêt pour tous les Congressistes et il est regrettable que le temps n'ait pas permis de la prolonger davantage.

A six heures, le Congrès était de retour à Bordeaux.

Excursion à Royan.

(Mercredi 7 août.)

L'excursion à Royan a été le digne couronnement du Congrès et on peut dire qu'il était impossible de mieux le finir. Pour nous avoir procuré une telle journée, à la suite de nos travaux, la Ville de Royan mérite mieux que nos éloges; elle

a droit à notre meilleure reconnaissance et au plus durable de nos souvenirs, car c'est elle qui a voulu tout faire et tout prendre à sa charge, avec autant de grâce que de générosité (1).

C'est elle qui avait frété le magnifique bateau de la Compagnie Gironde-et-Garonne *la France,* qui a pris le matin, au ponton des Quinconces, les Congressistes pour les amener à Royan. Assemblée choisie, de quatre-vingt-dix personnes, où les dames apportaient leur parfum d'élégance et d'exquise délicatesse.

Au départ, à six heures, le temps est brumeux; mais vers Pauillac, les nuages se dissipent et le soleil brille, faisant miroiter les vagues, jetant sa lumière d'or sur les rives, faisant resplendir les châteaux du Médoc, dont la blancheur éclate au milieu des massifs de verdure. Cette descente de notre beau fleuve, toujours si agréable pour ceux qui l'ont maintes fois parcouru, est un véritable émerveillement pour les étrangers. On admire et l'on arrive à Royan au milieu d'une allégresse générale.

Sur le quai, se trouvent: M. Garnier, Maire, Député de la Charente-Inférieure; MM. Barthe et Rodanet, Adjoints, et le Conseil municipal; MM. les Docteurs de Royan et des environs, venus pour recevoir les Congressistes. Les meilleurs souhaits de bienvenue sont échangés. Puis aussitôt, prenant le tramway Decauville, retenu pour la circonstance, les voyageurs, accompagnés des édiles royannais et de leurs confrères, se rendent à Pontaillac.

On n'y reste pas longtemps, mais l'admiration est d'autant plus vive qu'elle est plus courte. La plage est splendide; les étrangers qui sont parmi nous sont fortement impressionnés.

Après Pontaillac, c'est le Casino, l'ancien — on verra le nouveau bientôt — qui est visité. Les Directeurs en font les honneurs; il y a répétition de *Sigurd;* les Congressistes entendent la grande scène du troisième acte entre Brunehild et Gunther.

A midi, retour à Royan et déjeuner à l'Hôtel d'Orléans. Repas des mieux servis, offert toujours par la Municipalité.

(1) Ce compte rendu est en grande partie emprunté à l'article du journal *la Gironde,* dû à la plume alerte et fine de son rédacteur, M. Gabriel Routurier, qui accompagnait le Congrès.

Le moment des toasts arrive.

Aimable, prévenant, courtois exquisement, M. Garnier, Maire de Royan, se lève. Le plus affectueusement du monde, il remercie les Congressistes d'être venus à Royan. En paroles pleines d'autorité, il fait l'éloge des travaux du Congrès, puis il exprime l'espoir que les visiteurs emporteront de Royan le meilleur souvenir. Il termine en buvant galamment aux Dames présentes au banquet et en portant la santé du Président Joffroy et des autres notabilités qui l'entourent.

Au nom du Congrès, M. Joffroy remercie la Municipalité et le Corps médical de Royan. Dans un tableau où l'artiste le dispute au savant, il peint la riche station balnéaire, aux beautés naturelles complétées par les travaux de l'homme. Il boit à la prospérité de Royan, à son distingué Maire, M. Frédéric Garnier; à M. Hélitas, Préfet de la Charente-Inférieure, notre hôte du Congrès de La Rochelle en 1893, qui assiste au banquet, enfin à tous ses collaborateurs du Bureau, sans oublier le Dr Ph. Tissié, dont l'absence est tant regrettée.

D'autres toasts sont ensuite portés par MM. le Dr Roux, ancien médecin principal de la Marine, au nom du Corps médical de Royan; Drouineau, Inspecteur général des Asiles d'aliénés; Francotte (de Liège), buvant à la France en termes nobles et élevés.

On part ensuite en Decauville pour Saint-Georges. Promenade de nouveau charmante. Brise marine, senteur des pins, se mélangent dans l'air pur. Comme on resterait là, couché sur l'herbe, laissant glisser son esprit sur la pente de la rêverie!

Mais une visite au nouveau Casino, le Casino municipal, est comprise dans le programme. Et on se rend au Casino, monument superbe et grandiose, ouvert depuis peu au public et qui, lorsqu'il sera parachevé, sera la gloire et l'honneur de la station. Là, un concert est offert aux Congressistes. On l'a avancé d'une heure pour eux. Orchestre délicieux, musique de choix sous la direction de M. Ganne, l'auteur de cette *Marche lorraine,* si entraînante et si populaire, que le Congrès demande et qu'il acclame.

A cinq heures, il faut repartir et nous rejoignons *la France,* qui déjà multiplie les appels de sa sirène, accompagnés jusqu'à

l'embarcadère par les édiles et les confrères de Royan, avec lesquels on échange longuement et amicalement les derniers adieux.

Dans l'intervalle, le Congrès a reçu l'aimable dépêche suivante de nos distingués collègues de Moscou :

« Les soussignés, médecins aliénistes de Moscou, regrettant de ne pas » être à Bordeaux, envoient au Congrès des aliénistes français leurs » vœux sincères.

» Korsakow, Boutzke, Botkine, Konstantinowski,
» Minor, Jdanow, Serbsky. »

Ce télégramme est acclamé et il y est répondu par le suivant :

« Le Bureau et les membres du Congrès des Aliénistes et Neurolo- » gistes français, au moment de se séparer, remercient les médecins » aliénistes de Moscou de leurs vœux sincères et leur expriment leur » profonde sympathie.

» Joffroy, Ballet, Garnier (P.), Brissaud, Ritti,
» Parant, Régis, Roubinovitch, Sabrazès,
» Tissié. »

Le retour est délicieux. Pour tromper les heures de la route, un lunch des plus confortables est servi sur l'immense pont du bateau, très heureusement transformé en salle de banquet. Quatre-vingt-cinq convives prennent place à table, très à l'aise sur cette maison mouvante qui glisse doucement sur l'onde avec un rythme berceur, caressés par la fraîche brise du soir. Aussi, quel appétit et comme le champagne coule à flots!

L'éloquence aussi, naturellement. M. le Président Joffroy porte son dernier toast. Il boit au succès du Congrès, à tous ses membres, à son Bureau, et remercie M. le Président Calmon, qui a bien voulu assister à cette fête.

M. Calmon se lève et, dans une très spirituelle réponse, déclare que s'il a prononcé beaucoup de divorces dans sa vie de magistrat, il est certain de ne jamais prononcer celui de la Magistrature et de la Science, dont l'union a été si étroitement scellée dans ce Congrès.

M. le Dr Doursout, au nom des médecins d'Asiles, veut,

avant de se séparer, boire au Président du Congrès, M. Joffroy, dont il fait un éloge mérité et qu'il assure de la sympathie de tous.

M. le Dr Giraud lève son verre à M. le Dr Drouineau, Inspecteur général des Asiles qui, par sa présence assidue à nos Congrès, montre combien il s'intéresse à nos assises annuelles.

M. Drouineau remercie et répond qu'il espère être encore des nôtres dans l'avenir et qu'il fera part à M. le Ministre de l'Intérieur, dont il est le délégué, de l'importance et de l'utilité de nos travaux.

M. Doutrebente porte la santé du Secrétaire général, M. Régis, pour la façon dont il a organisé les diverses parties du Congrès et, très aimablement, y joint la santé de Mme Régis, qui a bien voulu aider son mari dans sa tâche.

M. Régis remercie, disant qu'il est trop payé de ses peines par la satisfaction de tous et il termine en buvant aux anciens Secrétaires généraux présents, MM. Doutrebente et Giraud, et à son successeur, le Secrétaire général du prochain Congrès de Nancy.

Le lunch est terminé. On s'assied çà et là par groupes, et ainsi le temps passe, les voyageurs devisant au milieu du silence, devant la nuit qui est venue assombrir le fleuve, tranquilles comme des gens heureux.

Ils justifient ainsi le mot d'un Saintongeois qui, au moment où l'on s'embarquait à Royan demandait à un de ses compatriotes :

« Qu'étou qu'ol et, tout queu monde?

— In Congrès d'aliénés.

— I zavant l'air ben calme! »

A l'arrivée à Bordeaux, à neuf heures et demie, on se serre une dernière fois la main, en se disant : « A l'année prochaine, à Nancy! » La sixième session du Congrès est définitivement close.

Seuls, le Président et le Secrétaire général resteront après le Congrès pour le représenter le lendemain soir à l'Hôtel de Ville, à la réception offerte par la Municipalité aux Congrès scientifiques réunis à ce moment à Bordeaux.

TABLE DES MATIÈRES

DU IIe VOLUME

Bordeaux. — Imprimerie G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.